

LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA

Humanización, pastoral  
y ética de la salud

**Hermanos de San Juan de Dios  
Barcelona - Provincia de San Rafael**

Año 55. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 2003  
Número 268. Volumen XXXV

**Consejo de Redacción**

Director - Miguel Martín  
Administración - Joan Lluís Alabern  
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

**Consejo Asesor**

Francisco Abel, M<sup>a</sup>. Carmen Alarcón, Miguel A. Asenjo,  
Manuel Cebeiro, Esperanza Cachón, Ángel Calvo,  
Jesús Conde, Rudesindo Delgado, Joaquín Erra,  
Francisco de Llanos, Pilar Malla, Javier Obis, José A. Pagola

**Dirección y Redacción**

**Curia Provincial**  
**Hermanos de San Juan de Dios**  
Doctor Antoni Pujadas, 40  
Teléfono 93 630 30 90  
08830 Sant Boi de Llobregat -Barcelona-  
curia@ohsjd.es

**Fotografía**

Santiago Domingo i Franquesa

*Información y suscripciones*  
revistas@ohsjd.es

www.ohsjd.es

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte  
Válido. Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61  
COLOR DIGITAL - BCN

1

**A propósito de un artículo  
sobre la "píldora del  
día siguiente"**

> Miguel Angel Monge

**Pág. 5**

2

**El amor hecho polvo**

> José Ignacio González Faus, SJ.

**Pág. 9**

3

**Cartas para quienes tengan  
que cuidarme: "...Cuando  
llegue mi muerte"**

**Pág. 15**

4

**La queja de los jóvenes:  
Un reflejo de nuestras  
contradicciones**

> M<sup>a</sup> Dolores Mansilla Pozuelo

**Pág. 23**

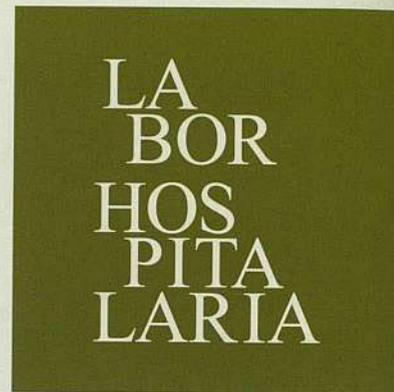
# Boletín de suscripción:

Año 2004

Suscripción anual: cuatro números

España  36 €

Extranjero  45 € / \$



Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono		Profesión		

Indique con una X la forma de pago que le interese

**Por giro postal**                       **Por cheque nominativo** adjunto nº \_\_\_\_\_  
a favor de LABOR HOSPITALARIA

**Por Caja o Banco** (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)  
Banca o Caja de Ahorros \_\_\_\_\_  
Titular de la cuenta \_\_\_\_\_  
Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ DC \_\_\_\_\_ Núm. de cuenta \_\_\_\_\_

Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:  
**Hermanos de San Juan de Dios**, Dr. Antoni Pujadas 40,  
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

www.ohsjd.es  
curia@ohsjd.es  
revistas@ohsjd.es

## A propósito de un artículo sobre la “píldora del día siguiente”

> Miguel Angel Monge,  
*Capellán de la Clínica Universitaria de Navarra,  
Licenciado en Medicina, Doctor en Teología*

En el número 266 de LABOR HOSPITALARIA publicábamos el artículo de Manuel de los Reyes López titulado “La píldora del día siguiente: claroscuros”.

Ya en su entradilla, retomando la expresión del propio autor, indicábamos que “el debate seguirá abierto”. Y abierto está.

Miguel A. García Monge nos ha enviado un sencillo pero enjundioso artículo en el que desea dar su punto de vista sobre el problema abordado por Manuel de los Reyes.

Nuestra revista ofrece sus páginas de nuevo para acoger las diferentes perspectivas que confluyen en el mismo. Somos conscientes de que éstas existen y deseamos colaborar en que las mismas tengan la posibilidad de exponer sus argumentos, en igualdad de condiciones, dejando a nuestros lectores que, en función de las mismas, elaboren su propio criterio. ▶

Quiero agradecer la publicación del artículo de Manuel de los Reyes en el número 266 de *Labor Hospitalaria* sobre los claroscuros de la píldora del día siguiente (pds). El artículo aclara, con serenidad, algunos problemas, y ofrece propuestas que comparto muy a gusto. Suscita también unas pocas cuestiones que, a mi modo de ver, necesitan aclaración: en concreto, dirimir si la pds es, o no es, abortiva.

El autor considera que *“la tipificación rotunda de la píldora del día después como abortivo, desde diversos sectores sociales y eclesiales, es una cualificación más de orden moral que estrictamente científica”*.

**Hay ahí dos conceptos:  
uno sobre el modo rotundo  
de decir las cosas; el otro,  
más de fondo, parece restar  
base científica a la atribución  
a la pds de un efecto abortivo.**

Estoy de acuerdo en que hay gente aficionada a decir sonoramente que la pds es abortiva. Pero debo añadir que no faltan quienes afirman lo mismo con ponderación y racionalidad. Lo hace, por ejemplo, la *Academia Pontificia para la Vida*, que, en un comunicado, explica con claridad el doble mecanismo de acción —anticonceptivo o antiimplantatorio— de la pds. Lo reconoce una nota del Arzobispo de Pamplona, que con mucho sentido común asigna acción abortiva a la pds sólo en el caso de que destruya un embrión ya engendrado. Que la pds actúa como anticonceptivo unas veces y otras como antiimplantatorio lo argumentaba Gonzalo Herranz en uno de los tres artículos que sobre la pds publicó en *Diario Médico* (entre el 4 de abril y 15 de mayo de 2001).

Lo importante, en el fondo, no son los decibelios con que se proclaman las ideas.

Decirlas a gritos o en un susurro no les da ni les quita racionalidad. Lo decisivo, en nuestro caso, es tratar de dilucidar si, en realidad, la pds es abortiva. Revisemos los datos. La pds no siempre destruye embriones. Puede ejercer efectos diferentes, algunos

antes de la ovulación o la fecundación, impidiéndolas. Se la puede llamar abortiva, dando a las palabras su valor usual, si trunca el desarrollo de un embrión que ya existe, si impide la anidación del neoconcebido. No sabemos con qué frecuencia, ni en qué casos concretos, después de una relación coital no protegida, se produce la fecundación. Ignoramos, por ello, en cuantas ocasiones, tras ingerir la pds, se impide la anidación de un blastocisto. Es esa una cuestión vidriosa para los promotores de la pds. Ninguno de ellos —y en esto coincido con la opinión del Dr. de los Reyes— pretende aclararla definitivamente.

El problema, pues, no radica en si se pierden, por efecto de la pds, embriones humanos de cinco o seis días de edad. Eso es reconocido por todos. El problema, reducido a sus términos más simples, está en cómo calificar moralmente ese evento. En un momento de su artículo, el Dr. de los Reyes afirma que nadie cuestiona que exista vida humana desde la concepción, que merece ya respeto y protección; se trata de una vida que, para un cristiano, constituye un don de Dios. Si con esas palabras da a entender que es un error moral destruir unos seres humanos extremadamente vulnerables, merecedores de nuestro respeto y protección y que son además un regalo de Dios, estoy totalmente de acuerdo.

El problema queda así reducido a una mera disputa de palabras, pues los dos pensamos que la destrucción de un ser humano inocente es una atrocidad moral, tanto si se le llama aborto como si se le designa con cualquier otra palabra.

## Al pan, pan y al vino, vino

Pero creo que, de todas formas, conviene llamarle aborto, porque pienso que hemos de tener respeto por las palabras. Hasta hace cosa de treinta años, se llamaba aborto a dar muerte a un ser humano ya concebido y no viable. No había entonces otra palabra. Después, algunos empezaron a llamar aborto a la destrucción del nascituro después de implantado, e intercepción embrionaria a su eliminación antes de que anidara. La nueva nomenclatura no se creó por imperativo científico: la encargaron los burócratas de la OMS y los ginecólogos del ACOG y de la FIGO para aligerar la responsabilidad derivada de destruir seres humanos merecedores de respeto y protección.

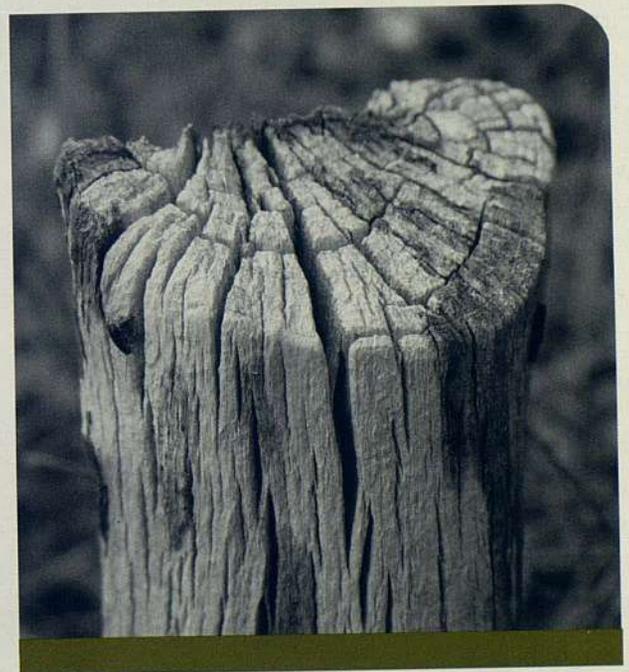
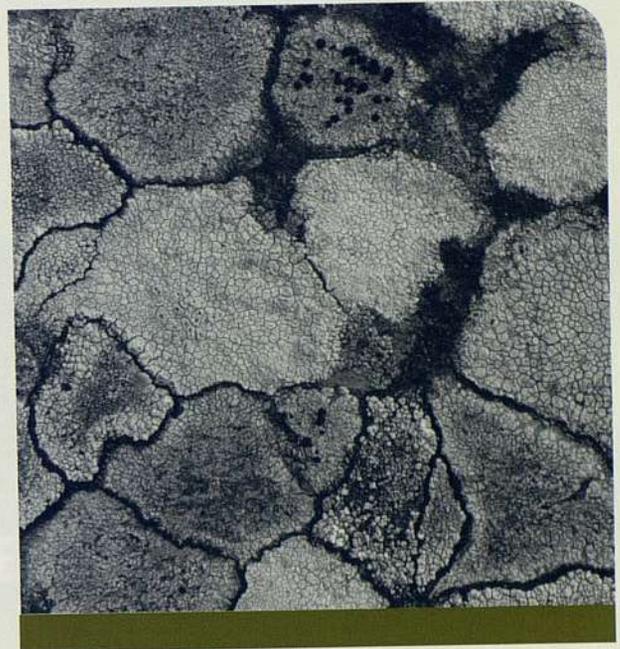
Determinaron por decreto que la concepción, no sinónima ya de fecundación, es la implantación del blastocisto; que la gestación debe ser definida, en adelante, como el estado de la mujer que se extiende de la implantación hasta el parto (o el aborto). Concluyeron que, de acuerdo con el nuevo modo de hablar, son agentes abortifacientes sólo los que actúan después de terminada la implantación, pues sólo entonces es posible interrumpir la gestación tal como ellos la definen.

Este cambio de las palabras y sus significados no ha sido aceptado por todos ni mucho menos. Para empezar, tendría que haber sido admitido por los libros de embriología humana, los diccionarios generales o los léxicos médicos. Pero ningún libro de embriología humana lo ha aceptado. Los diccionarios, médicos o no, siguen aferrados a las viejas definiciones. Persisten en decir que concepción es fecundación, la reunión del óvulo y el espermatozoide; que embarazo o gravidez es el estado de la mujer durante el tiempo que transcurre entre la fecundación y el parto. Un diccionario médico, el autoritativo Dorland's, que aceptó la definición nueva de concepción, se olvidó de prevenir la cascada de pifias que el cambio provoca. En él leemos: "*Concepción: comienzo del embarazo, marcado por la implantación del blastocisto en el endometrio*". Pero, paradójicamente, dice: "*Embarazo: la condición de tener en el cuerpo un embrión o feto en desarrollo, después de la unión de un oocito y un espermatozoide*".

## ¿Dónde están los argumentos científicos?

No estamos ante una cuestión meramente semántica, ni jugando a las palabras políticamente correctas, sino ante un problema científico y moral serio. Para poder invocar a la ciencia en favor de la vieja o la nueva nomenclatura, hay que preguntarse ¿qué datos nos da la Embriología humana a favor de ese doble estatuto moral del embrión, de modo que cuando destruimos embriones unas veces cometemos abortos y otras, no? ¿Hay algún acontecimiento pura y desnudamente científico que marque, con el proceso de nidación del embrión, la adquisición de un rasgo nuevo que la ciencia revela y que separa un antes y un después con efectos morales?

La carga de la prueba pesa sobre los innovadores. Sin duda, pueden aportar en favor del cambio léxico



argumentos de conveniencia sociológica, de política demográfica, de relaciones públicas, o de legislación parlamentaria. Nos podrán dar incluso argumentos de teología moral. Y también interpretaciones de las diferentes ramas de la filosofía.

Pero, que yo sepa, en los libros o revistas de embriología humana no hay apoyos científicos a favor de la redefinición de concepción como diferente de la fecundación, ni del comienzo tardío del embarazo.

Entre otras razones porque desconectar el embarazo de la fecundación es cultural y antropológicamente raro. Da la impresión de que el papel del varón como padre o engendrador queda disminuido, pues parece que él poco tiene que ver en dejar embarazada a su mujer, si ésta sólo se “embaraza” diez o quince días después de la relación sexual.

En el fondo del cambio de acepciones late un tremendo problema ético o teológico moral: el de dirimir si terminar la vida de un ser humano es de especie moral diferente cuando se opera impidiendo su anidación en el útero, que cuando se opera expulsándole del útero cuando ya se había implantado.

**A algunos esa distinción no nos parece que tenga una relevancia moral significativa, pues consideramos que el ser humano es digno de un respeto absoluto y que nunca es lícito atentar contra él.**

A otros, esa misma distinción les trae sin cuidado, porque han superado cualquier escrúpulo ético ante el aborto. Baulieu, el creador de la RU-486, es uno de ellos: él ha acuñado el término “contragestación” para incluir tanto a su píldora abortiva, como a la pds, los dius y ciertos tipos de contraceptivos hormonales, por la razón sencilla de que todos incluyen el efecto común de impedir el desarrollo del embrión humano.

A quienes, como el Dr. de los Reyes, piensan que es significativa esa distinción no les faltan argumentos filosóficos, jurídicos, incluso teológicos. Pero si invocan

la asistencia de argumentos y datos científicos, de la ciencia biológica, deben presentarlos uno por uno, de modo explícito, para que puedan ser evaluados en su justo valor.

Hace muchos años, se publicaron las siguientes palabras: *“El hecho biológico es que la gestación comienza con la implantación y no con la fecundación. Cuando un procedimiento de regulación de la fecundidad actúa antes de la implantación, es importante ética y médicamente explicar a las pacientes que el método no es abortifaciente. Comprendemos que puede haber opiniones diferentes acerca de cuando comienza la gestación, pero [...] esas creencias no pueden cambiar el proceso biológico implicado”*.

Un científico amigo mío pidió a la autora que explicara ese hecho y ese proceso biológico. No respondió nunca. Le quedó la sospecha de que había usado el nombre de la ciencia biológica en vano.

Ahora yo repito el mismo ruego. Espero que será mucho más fácil dialogar con una persona del buen temple humano del Dr. de los Reyes.

## El amor hecho polvo

> José Ignacio González Faus, SJ.  
*teólogo, responsable académico de Cristianisme i Justícia*

Acercamos hasta estas páginas uno de los artículos que el jesuita José Ignacio González Faus escribió en el periódico La Vanguardia y que ahora publicamos en LH con su beneplácito. Desde un título tan desenfadado, al tiempo que periodístico, el autor nos ofrece unos sencillos criterios de antropología de la sexualidad que consideramos muy interesantes a la hora de abordar un tema tan vasto y complejo como el que nos ocupa. La sencillez de los términos en que lo hace, obligado por el medio periodístico al que va destinado, hace más asequible para todos el mensaje que nos ofrece. ▶



Siguen unas reflexiones sobre sexualidad, Iglesia y cultura actual. Hechas por supuesto desde una óptica masculina. La sexualidad de la mujer me parece de entrada más oblativa pero más retorcida, mientras que la del varón es más agresiva pero más inerme. Aquella llegará quizá a los mismos problemas que éste, pero por vericuetos más sutiles, más complejos y menos directos de lo que aquí se describe. El tema además es inmenso y en media página no cabe más que sobrevolarlo deprisa.



Es tesis de la cultura actual que la sexualidad sigue siendo una asignatura pendiente de la Iglesia. En esa tesis hay buena parte de verdad. Pero habría que añadir que también para nuestra cultura sigue siendo la sexualidad una asignatura pendiente (quizás lo será siempre para el ser humano). En un caso la asignatura sigue pendiente por el miedo de afrontarla. En el otro porque no se la aprueba.

Una de las mejores descripciones que conozco de la realidad sexual humana son dos frases de la Biblia, libro donde la sexualidad ocupa mucho menos espacio que en el resto de las literaturas de otros pueblos. Allí, hacia el final del Cantar de los Cantares, leemos: *“el amor es fuerte como la muerte, es centella de fuego, llamada divina. Las aguas torrenciales no podrán apagar el amor, ni anegarlo los ríos”*. Lo bello de esta descripción reside en esa conjunción de un elemento demoledor (el “fuego” como un chapote, al que ya no hay aguas que puedan apagar) y un elemento sagrado (“centella divina”).

**Quien no encuentre  
reflejada aquí su experiencia  
más profunda,  
y la raíz de sus arrobamientos  
y sufrimientos, que venga  
y lo diga.**

Al lado de eso, la sexualidad suele tener aspectos ridículos, o ridiculizables, que todo el mundo percibe mejor cuando se dan en los demás, mientras reserva para sus propias experiencias los tonos de sublimidad antes citados. En pocas dimensiones humanas se puede cumplir más aquello de que no hay más que un paso



de lo sublime a lo ridículo. El amor, decía un antiguo refrán, es un edificio mal construido donde la sala de fiestas coincide con los lavabos. El lenguaje suele expresar esto de manera irónica, dura y hasta cruel.

## El verso y el taco parecen ser los destinos del sexo.

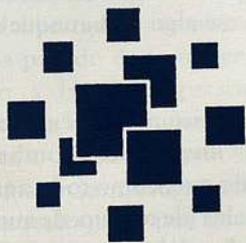
Tomando estos datos como punto de partida para una reflexión humana y serena sobre la sexualidad, digamos rápidamente que, por un lado, la Iglesia ha temido el aspecto quemante de la sexualidad y, por el otro, la cultura hodierna ha idolatrado su chispa divina. De aquí surgen las dos actitudes a examinar, hoy y en la próxima entrega.

— La Iglesia ha moralizado en exceso la sexualidad en vez de humanizarla. Eso acaba convirtiendo

la sexualidad en fuente de angustias más que de respeto. Y puede acabar convirtiendo la castidad en fariseísmo.

— La Iglesia predicó además una moral para asuntos sexuales y otra para asuntos de dinero. En la primera dividía y subdividía hasta el mínimo, y mandaba al infierno por cualquier partícula no confesada. En la segunda habló en términos generales, dejando espacios por donde podían colarse inmoralidades de cierta magnitud que han contaminado la misma praxis eclesial (en materia de salarios, despidos etc.). En un caso se negó a admitir toda “disciplina de misericordia”, y en el otro se limitó a apuntar a la utopía.

— Ello ha hecho caer a la Iglesia en auténticas faltas de respeto a la conciencia, en nombre de un “naturismo materialista” que parece reducir toda la naturaleza humana a la fisiología masculina. En mi pobre opinión, la Iglesia debería pedir perdón por ello.



# agefred

Una compañía de

## Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico  
Gestión Técnica de la Energía  
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona  
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037  
E-mail: [agefred@agefred.es](mailto:agefred@agefred.es)



Pues no tener en cuenta las dolorosas experiencias de fracaso de los humanos en este punto, no puede hoy ser de recibo para ninguna ética.

Además, en el mundo moderno hay que tomar en serio la posibilidad de un cambio de naturaleza de la sexualidad, al separarla de la reproducción y de la necesidad económica de los hijos como medios de subsistencia futura. Hay que tener en cuenta también la loca búsqueda de afecto por parte de los seres humanos, en un mundo cruel por su estructura económica...

Todo esto es verdad. Pero a la vez existe en el evangelio una "utopía sexual" (como existe una utopía social) que responde a la mejor calidad del ser humano y que el mundo moderno desconoce. La dimensión más honda del amor, siendo plenamente sexual, no es sólo genital: el amor tiene una capacidad de saciedad, una magnitud y una profundidad conocida por pocos, que es un regalo, pero un regalo que hay que saber buscar. Por desconocer esa dimensión no se comprenden hoy las pretensiones de totalidad, fidelidad y perennidad. Y sin embargo, esa dimensión se intuye siempre porque la sexualidad lleva dentro "algo más", y apunta a ese algo más aunque se la haya separado de él.

La Iglesia puede hacer bien proponiendo esa utopía como la única que merece el nombre pleno de humana; y recordando que, como todo aquello que vale, eso tiene un precio alto (de respeto, de autocontrol, de no sucumbir a la lógica del instante...). Pero, a su vez, debería saber que muchas veces, aun con la mejor buena voluntad, esa propuesta falla por limitación humana, o por la estructura "laboral" de la sociedad que no deja tiempo para el amor, sino sólo para el polvo. Debería saber que, además de eso, la sexualidad tiene otras dimensiones de necesidad, de furia, donde nunca se sabe bien hasta dónde llega la libertad humana. Y por eso, no debería moralizar tanto en este campo. Quien pretende ser "experta en humanidad" (Pablo VI) ha de saber que exigir no es condenar: es intentar sacar lo mejor del otro en lugar de lanzarlo a la angustia de su propia impotencia.

He señalado algunas deficiencias del discurso eclesial habitual sobre la sexualidad. Hoy vamos denunciar que la cultura oficial, al quitar todo control a la sexualidad y al idolatrar el mero placer, ha separado demasiado sexo y amor y se ha perdido todas las maravillas de éste. El amor quedó reducido a la atracción o a una fijación en la imagen que

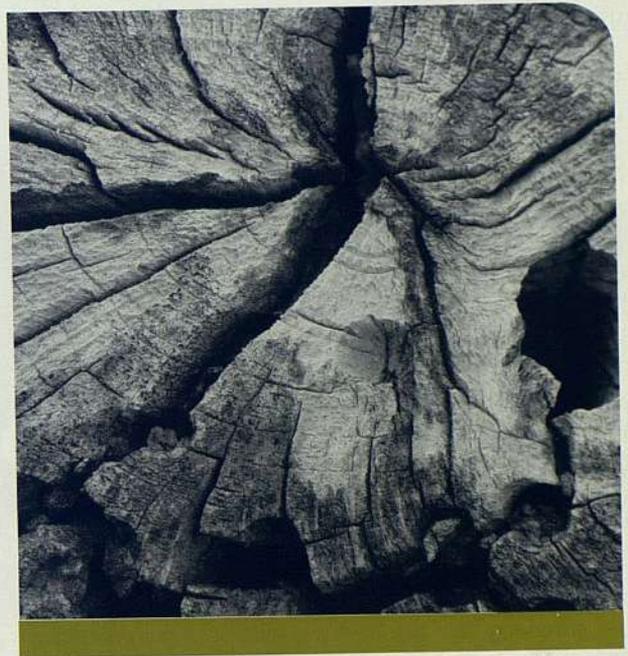
nos hemos hecho de una persona, y que es una imagen mucho más virtual que real.

**La inmadura identificación  
que hace nuestra cultura  
entre genitalidad y  
sexualidad lleva a una  
degradación de los  
ambientes y las  
relaciones humanas.**

Pues de lo sexual vale lo que antaño se decía de la política: lo empapa todo, absolutamente todo. En cambio la genitalidad no lo empapa todo.

Por eso, la anunciada liberación sexual, aunque ha evitado bastantes angustias y es buena por ello, no ha traído tal libertad. Y menos cuando, para la mujer, sólo se ha pasado de la mujer objeto a la mujer estímulo; no a la mujer persona. Y, para el varón, se ha pasado del hombre conquistador, al hombre "máquina". Desde estos "amores de plástico", las angustias y las obsesiones renacen hoy, no ya por razones morales, sino por las medidas, por el cuerpo-danone, por la capacidad de respuesta al estímulo. Pregúntese si no, a esas madres jóvenes a quienes el marido prohíbe dar de mamar al hijo para que no se les estropeen unos pechos de Interviu. Pregúntese a esos machos acomplejados que viven pensando que otros serán más capaces que ellos de dar satisfacción física a una mujer. No son casos tan raros como parece. Se olvida ahí que el orgasmo físico sólo es pleno cuando va acompañado de un orgasmo "relacional", es decir: de una estructura de relación plena, confiada, y liberada de la preocupación por uno mismo. La cual se da sólo en el amor y no en la mera atracción.

La cultura moderna renunció a la plenitud sexual en aras de una sexualidad fácil, con promesa de absoluto siempre incumplida y momentánea. Parece que por una mujer se puede renunciar a todo (tiempo, dinero etc.): a todo menos a poseerla. Esto acaba produciendo "alcohólicos de la sexualidad", en lugar de hombres plenificados por ella: pues hace



del sexo un proyecto de "suplicio de Tántalo" más que de verdadera dicha.

D. Hammarskjöld (que fue secretario de la ONU) escribía en su diario que, en según qué circunstancias, *"el placer sexual tiene la oportunidad de revelar la soledad del alma"*. No se puede desconocer diferencia que hay entre el placer sexual y otras gratificaciones materiales, por la intrínseca vinculación de aquél a los estratos más profundos del psiquismo humano. Se quiera o no, la cama no es sólo la cama y siempre hay eso que una película de moda califica como "el otro lado de la cama". Ello se debe a que el amor es un difícil aprendizaje humano que va desde la atracción y el deseo al desinterés, la gratuidad y el olvido de sí.

Por eso, la visión actual del hombre como "propietario consumista", que reduce nuestra humanidad al consumo, es la menos apta para enseñar el amor. Lo convierte en un ejercicio de "follaje múltiple" que no nos hace ni más humanos ni más felices.

## El llamado derecho al placer no puede pasar por delante del deber de ser plenamente humano.

Ni puede ignorar que las tres dimensiones de la sexualidad (reproductora, afectiva y placentera) no son fuerzas independientes que pueden actuar cada cual por su cuenta: muchas veces una de ellas actúa contra las otras y aquí comienzan las dificultades de la sexualidad.

Uno de los grandes pensadores del s. XX (Max Horkheimer, no cristiano por si esto le da más autoridad ante según quiénes) confesaba al cumplir 75 años, acerca de su mujer a la que había conocido a los 18: *"Si miro hacia atrás, hacia mi propio matrimonio, debo confesar que muchos de sus rasgos hermosos descansan en el hecho ya comentado [que cuando alguien entrega la propia vida por los demás, se embellece por la reacción de los otros]. Mi matrimonio se ha configurado de tal manera que mi mujer no sólo me ha entregado su vida sino que se ha convertido para mí en lo más grande que hay. Esta es la razón por la que pienso tan críticamente respecto a la liberación*

*del erotismo en nuestros días, necesaria por otro lado"*. Algo parecido al hermoso discurso de fidelidad que hace Federico Luppi en "Lugares comunes"; lo que no añade es que esa hermosura no se le regala a nadie: hay que buscarla y trabajársela por caminos no fáciles.

El día pasado cité el texto de la Biblia que habla del amor como "centella divina". Y no es la Biblia sino el viejo poeta griego Hesiodo quien escribió que *"el eros, tanto en los dioses como en los hombres, afloja los tendones y daña los sensatos propósitos de la razón"*. Por esa chispa divina, en un ser tan inseguro y tan necesitado como el humano, la sexualidad lleva implícita una tentación de absolutización tan grande como la que lleva el dinero (aunque de otro tipo). En pocos campos de la relación humana cabe más espacio para la utilización del otro so capa de encuentro, o para la autoafirmación de uno mismo no "en" el otro sino "a costa" del otro. Cabe también la tentación de jugar con el deseo del otro (que es su pobreza y su vulnerabilidad), para estimular y saciar más el propio afán de valer; o dejarle insatisfecho para aumentar su dependencia y mi seguridad. Todo eso puede acabar en dramones de corridos mexicanos para que los cante M<sup>a</sup> Dolores Pradera, o en zarzuelas de *"camionante que al pasar arranca las hojas de la flor, y sigue adelante sin recordar..."*. Pero el hecho es que caben en la sexualidad infinidad de sutilezas como caben infinidad de maravillas. Y es preciso saber que, si peligroso es jugar con fuego, aún más peligroso es jugar con un fuego divino.

El llamado derecho al placer no puede pasar por delante del deber de ser plenamente humano.

El hecho es que caben en la sexualidad infinidad de sutilezas como caben infinidad de maravillas.

## **Cartas para quienes tengan que cuidarme “...Cuando llegue mi muerte”**

El Hno. Miguel Martín en su condición de profesor de Etica de la Escuela de Enfermería S. Juan de Dios de Esplugues, desarrolló con sus alumnos de segundo curso todo un temario de "Atención las personas en su proceso de muerte". Trataron de la antropología de fondo que subyace en todo el proceso de atención, de los derechos del moribundo, de la atención y el cuidado de su familia, de las necesidades espirituales –entendidas en su amplio sentido, no sólo ni siempre religiosas-, del cuidado de quienes le cuidan, del duelo... ▶

Finalizada esta exposición, el Hno. Miguel consideró conveniente solicitar a los alumnos la realización de un sencillo pero sugerente trabajo. Se trataba de apelar un poco a la imaginación y situarnos en el proceso de nuestra propia muerte. *"Un día, no sabemos cuándo, nosotros también moriremos. Tal vez sea de forma inmediata, quizá producto de un accidente... Desechemos esa variable. Damos por hecho que vamos a morir en nuestra cama, producto de un proceso en el que paulatinamente nos vamos a 'ir muriendo'. Alguien, colegas nuestros, tendrán que cuidar de nosotros. Cada uno ha de escribir una carta a esos -hoy desconocidos- compañeros en cuyas manos estará nuestra asistencia"*.

La respuesta fue muy interesante. Rápidamente se podía comprobar quién se había implicado personalmente en el proyecto y quién se había limitado a hacer un trabajo académico más, eso sí un poco 'exótico'. Hubo alumnos que me comentaron haber tenido unas sensaciones especiales cuando se pusieron con el bolígrafo sobre el papel; la inmensa mayoría reconoció que nunca se había situado en esta hipótesis de trabajo; unos pocos manifestaron haber soltado unas cuantas lágrimas...

El profesor consideró podía resultar interesante publicar en Labor Hospitalaria algunas de estas cartas. Miguel Martín considera que, en alguna medida, pueden ayudarnos hoy a conocer el pensar, y el sentir, de nuestros jóvenes sobre el hecho de la propia muerte. Y dice jóvenes porque el abanico de edades del alumnado de una carrera como Enfermería se despliega, fundamentalmente, en un contexto juvenil. También considera, por otra parte, que recoge el sentir por cuanto no se trataba de una encuesta más sino de un trabajo personal -para el que se concedió toda una semana para su entrega-, y en el que se tenía que hacer el esfuerzo de situarnos frente a nuestra propia muerte.

Con el debido permiso de sus autores publicamos a continuación siete de dichas cartas.

### Eva Barbancho García

*Dedicame unos minutos de tu tiempo leyendo lo que escribí para ti, yo a cambio prometo pasar los últimos míos, a tu lado.*

*Escribir esto no ha sido nada fácil, más aún encontrándome todavía en plenas facultades aunque algo mermadas, y con la incertidumbre de no saber si el mes que viene, la semana que viene o mañana mismo llegue lo inevitable y estando a la espera sólo me cabe agradecer de antemano vuestros cuidados:*

*Gracias por hacer que siga siendo una persona, aunque esté aquí postrada como un mueble viejo; Por hablarme y explicarme todo lo que me ibas a hacer y tranquilizarme cuando aún estaba consciente, y por evitar que sufriera o sintiera dolor cuando ya no lo estaba.*

*Gracias por el ratito que me dedicas cuando me das el masaje y me aseas, y lo haces sin prisas, sin otras preocupaciones.*

*Por dejarme tan guapa cada mañana...*

*Por irme cambiando de postura en la cama a lo largo del día.*

*Gracias por cambiar de cara la cinta de mis walkman. Por bajar las persianas cuando me molesta el sol. Por humedecer mis secos labios con una gasa mojada.*

*Gracias por ser tan paciente y comprensivo con mis familiares. Por dejarles un ratito más en la habitación, cuando no hay otras visitas.*

*Gracias por decidir en este momento crítico que no me pondrás el respirador. Por dejar que todo siga su curso, Por ser tan humano y no prolongar lo improporrible. Por cogerme fuerte de la mano al marcharme. Por hacer corto y placentero el momento de mi muerte.*

*Con pocas cosas fui feliz en mi vida, deja que con pocas lo sea en mi muerte.*

*Gracias*

### Romina Parejo González

*Tengo 89 años y desde hace dos me acompaña un amigo fiel, y junto a él llegaré a mi fin.*

*Agradezco que me hayan dado la oportunidad de escribir esta carta.*

*Hace 64 años que soy enfermera, ejercí durante*

40 años y he perdido la cuenta de la gente que he cuidado y cuantas personas han muerto en mi presencia. Ahora me ha llegado la hora a mí, compañeros me tendréis que cuidar y acompañarme en el fin de mis días. ¡Vaya faena!

Cuando elegisteis esta profesión, no os imaginabais la importante labor que llegaríais hacer. Sé que muchas veces esta tarea pasa desapercibida pero la satisfacción de un trabajo bien hecho queda en vosotros y eso es lo que cuenta, ¿no?.

Estoy en esta habitación, con mi amigo, los dos esperando que algo ocurra y se acabe todo y sólo pienso en que pronto dependeré totalmente de vosotros. Os pido que recordéis que aún soy una persona, que me llamo Romina y que no soy el número de la puerta de mi habitación, ni la señora de la neo de pulmón (gracioso porque nunca fumé).

Por favor, acordaros  
del concepto de persona,  
aquel que se repetía  
tanto en la carrera,  
lo del ser biopsicosocial  
y espiritual.

Cuando mi amigo me impida moverme de la cama, me gustaría estar limpia y presentable, mis nietos tienen que recordar a su abuela lo mejor posible, mi familia siempre me trae colonia y crema hidratante, podéis utilizarla, sería feo que se las tuviesen que llevar enteras. Os ruego que no me destapéis del todo al hacerme la higiene, soy friolera y siempre he sido tímida con los desconocidos. Supongo que sentiré dolor, pedirle al médico suficiente analgesia, no quiero sufrir.

Me considero una persona charlatana, sé que acabaré sedada. Por favor, pedirles a mis hijos, nietos y a mis amigos que me sigan hablando, que me cuenten como les va, no les podré contestar pero seguiré aquí para escucharlos.

Os pido lo mismo a vosotros, me gustaría saber el nombre de quien me cuida.

Mientras escribo esta carta pienso en que pasará

después, nunca he podido creer en nada concreto, mi educación es católica pero nadie me demostró nunca que Dios existía. No sé si algo me está esperando y, sinceramente, tengo miedo a la muerte.

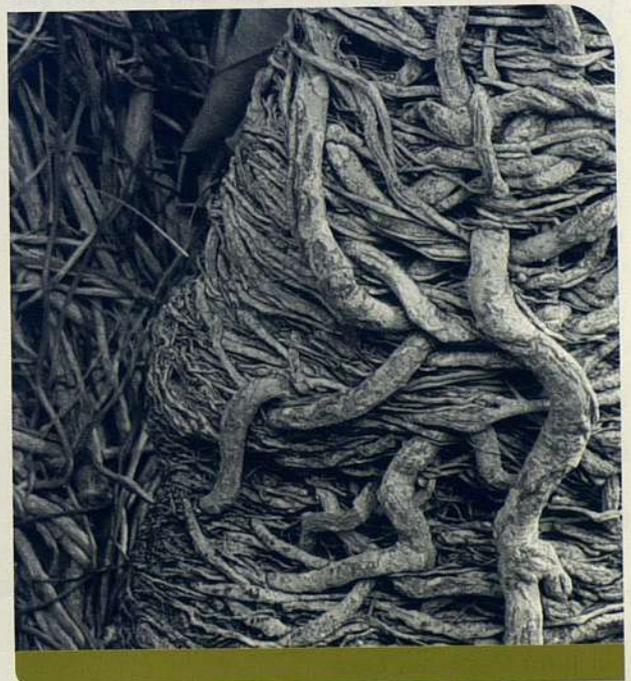
No quiero estar sola en mi último aliento, avisad a los míos cuando veáis que me voy y quedaos conmigo mientras no vienen. Sé que tenéis mucho trabajo y hay otros como yo, pero egoístamente pido que intentéis tranquilizarme en dar el último paso de mi vida. Una cosa más, no os olvidéis de lo que se quedan aquí, mi familia y gente que me quiere, necesitaran apoyo, tampoco les dejéis solos.

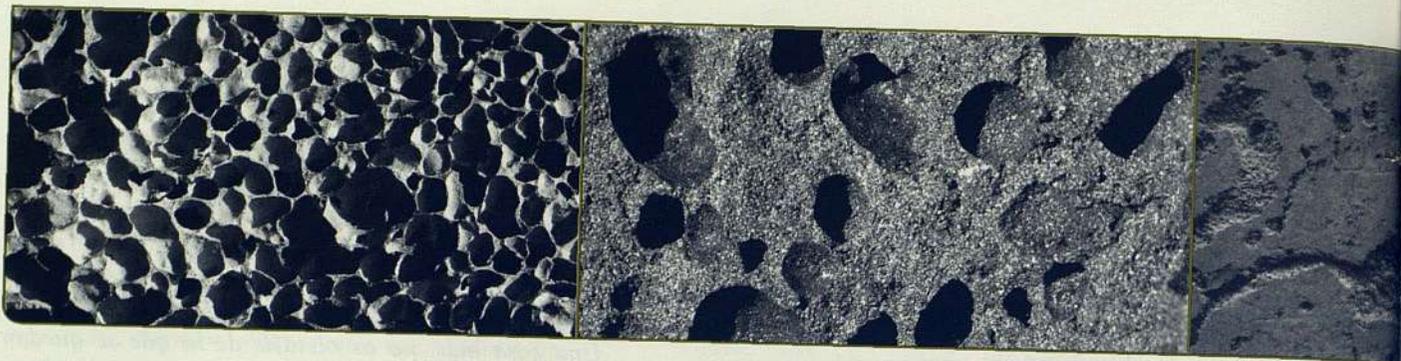
No puedo expresaros con palabras todo lo que estáis haciendo y haréis por mí, la palabra “gracias” se queda pequeña, pero pensad en que vuestro trabajo es el más bonito y humano que hay, os vuelvo a dar las gracias.

Mireia Casado Díaz

Queridas compañeras:

Si estáis leyendo esta carta es porque sabéis que me queda poco tiempo de vida, y el tiempo que me queda no podré disfrutarlo ya que ni siquiera





*al resto de vuestros pacientes, quiere ser una más. Solamente quiero que me tratéis con respeto y con afecto, que no porque ya no pueda ni hablar soy menos digna para recibir este trato.*

*Sobretudo, que la gente no invada mi intimidad, que la siga teniendo.*

*Os pido por favor que me hagáis unos buenos cuidados, en todos los aspectos que no haya nadie delante si puede ser desagradable y no hagáis comentarios como si no os estuviera escuchando porque a lo mejor os oigo con toda claridad.*

*Con respecto a mi familia, cuando vengan a verme por favor que esté bien arreglada, ya que pueda ayudar en su dolor de verme en este estado.*

*Sobretudo no ocultéis nada por muy duro que pueda parecer porque quiero que sean ellos los que elijan lo que crean que es mejor para mí, que seguro que elegirán lo que yo hubiera preferido.*

*También quiero que os aseguréis que no sienta dolor, ya que haría que me quedaran menos fuerzas para aguantar todo esto.*

*Por último, daros las gracias por perder unos minutos de vuestro poco tiempo libre por interesaros por mis últimas voluntades, aunque todo se podría haber resumido diciéndoos que me cuidéis como vosotras quisierais que os cuidaran si estuvierais en mi situación, y también aplicarlo a los otros pacientes porque tienen el mismo derecho, que yo no soy diferente.*

*Os echaré de menos.*

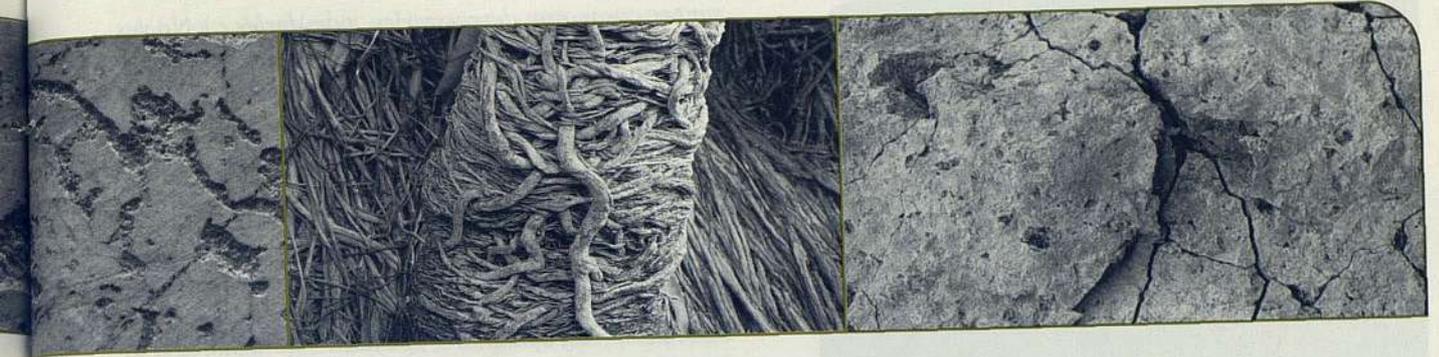
Sibilina Pedrosa Baz

*La muerte, una etapa de nuestra vida a la que tememos y a la que inevitablemente llegaremos todos, porque es algo irremediable, es ley de vida.*

*La muerte es algo que ves muy lejano, tienes idea de que llegará cuando hayamos cumplido nuestra tarea en la vida que debería ser al llegar a anciano y ver que tras de ti has dejado una vida digna que ha merecido la pena vivirla.*

*Pero a veces la muerte llega cuando menos te lo esperas y es cuando se despiertan tus temores más profundos. Por eso he decidido dejar por escrito todo aquello cuanto deseo antes de que mi vida se desvanezca por completo.*

**Lo que más deseo es  
que mi familia me recuerde  
en aquellos momentos  
en los que era feliz para  
que de esta misma forma  
ellos esbocen una sincera  
sonrisa al recordarme,  
que me recuerden como  
una persona alegre  
e ilusionada por la vida,  
coqueta, cariñosa...**



*Amigas enfermeras no quiero que me abandonéis, necesito vuestra ayuda en estos últimos días, necesito un trato humano que me haga sentir más viva que nunca cuando más cerca estoy de partir, necesito que me hablen y me susurren al oído con cariño para sentirme como en casa, necesito ser escuchada y poder sentirme útil aunque ya no lo sea, que me miren a los ojos al hablarme y sentirme atendida, que me traten con la dignidad que merezco como persona, os pido en definitiva ese calor humano que toda persona necesita, joven o viejo, enfermo o sano, necesito sentir una caricia que me diga que no estoy sola y un simple beso de buenas noches, nada más sencillo que eso y nada más caro a veces de conseguir, pues sólo la soledad me haría sentir que ya no estoy con vosotros.*

*¿Cómo hacer algo tan fácil?, atendedme en mis últimos días como os gustaría ser atendidas.*

## Ana Cámara Caño

Hola amigos,

*Nunca me había planteado tener que escribir una carta así pero ya veis, así son las cosas.*

*Seguro que opináis que soy muy joven, yo también lo creo y no me gusta nada estar en esta situación, tenía muchos proyectos de vida, muchas ilusiones, mucha curiosidad por ver lo que la vida me ofrecía, quería envejecer.*

*Siempre dije que quería llegar a muy vieja y estar rodeada de nietos, iba a ser una abuela alegre, pero, en pocos segundos, todo esto se ha roto, nunca hubiera imaginado que algo así me pudiera suceder a mí.*

*Pero pasó y tengo miedo por lo que ahora me va*

*a pasar, tengo miedo porque no sé lo que voy a vivir, tengo miedo porque ahora voy a ver si esa fe que desde pequeña me han inculcado y hasta ahora he defendido, es real.*

*Siempre he creído en la existencia de un Dios, de hecho, lo he visto presente en el rostro de mucha gente, que me hizo crecer como persona, que me hizo disfrutar de la vida y de los momentos, que me hizo darle un sentido a mi vida y que me ayudó a ver que realmente lo que yo quería era ayudar a las personas, que necesitaba dedicarme a los demás.*

*Ahora necesito que los demás se dediquen a mí, necesito que me cuiden y que me ayuden a soportar esta inquietud, tengo mucho miedo, no quiero sufrir.*

*Realmente, no sé que pedir os porque no sé que es lo que me está pasando, todo esto es desconocido para mí, pero quiero que entendáis que es muy difícil. Me gustaba vivir, me gustaba reír, me gustaba disfrutar de los míos, me gustaba querer y demostrarlo, y ahora siento una gran impotencia, porque, de verdad os digo, no me quiero ir, todavía no.*

*Si hago algo que os pueda molestar, por favor, disculparme, no soy consciente de ellos, no me dejéis sola, necesito compañía, ahora más que nunca, necesito sentirme querida.*

**Dejad, por favor,  
verme a todo aquel que  
quiera verme, quiero  
despedirme de todos.**

*No descuidéis mi aspecto, quiero que me recuerden*



como la chica alegre que siempre fui para todos. Sobre todo, no quiero que nadie sienta pena por mí, acepto lo que me ha venido, no quiero, no quiero irme, de verdad, pero lo acepto.

Os pido por favor que me mantengáis limpia y aseada, ¡ah!, y si me podeis poner un poco de colonia por las mañanas... siempre me ha gustado sentir que "huelo bien".

Habladme, por favor, nunca me costó escuchar y ahora más que nunca necesito sentirme acompañada, me da igual el que, pero habladme y sobre todo... no descuidéis el hilo musical, quienes me conocen saben que me encanta la música, preguntadles, ellos os dirán lo que me gusta escuchar.

Por lo demás, sólo os pido que me respetéis, todavía no me he ido, todavía siento lo que hacéis, poneos en mi lugar, no es fácil soportar esto, no es fácil asumir lo que me está pasando, pero quiero pasar estos últimos días feliz, quiero morir sintiendo que todo lo que he hecho en la vida ha significado algo, al marcharme no quiero ser una más que se va, quiero que respeten mi persona, mi cuerpo o lo que sea que se quede aquí. No sé que es lo que voy a sentir, que es lo que me va a pasar pero por si acaso, mientras esté en vuestras manos, respetadme.

Cuidad con mucho mimo a quienes dejo aquí, sé con certeza que lo están pasando muy mal porque siempre me han demostrado que me quieren (me quedan

tantas cosas por demostrarles, por darles...) No les descuidéis, ellos os necesitan casi más que yo porque mi sufrimiento, al fin y al cabo, cesará dentro de nada pero el suyo... Sobre todo mis padres, tenía que ser yo quien tenía que cuidarles, quería devolverles todo lo que han luchado por mí, quería devolverles todo el sacrificio que han hecho siempre por mí y por mi hermano, nunca nos ha faltado nada. Ahora siento que les he fallado, me siento en deuda con ellos, no se imaginan lo que me duele que tengan que estar viviendo esto, por favor, ayudadles, apoyadles, abrazadles si lo necesitan.

A parte de esto, no sé que más deciros, ahora mismo en mi corazón so hay lágrimas de impotencia, de miedo, estoy triste, muy triste porque siento que todavía no es mi momento, pero en la vida hay que aceptar lo que Dios envía, estemos o no conformes, él nos creó y él decide cuando debemos marchar.

Os agradezco de corazón que os molestéis, como mínimo en leer mi carta.

Estudiaba y me esforzaba por ser una de las vuestras, admiro esta profesión y os admiro a vosotras porque no es fácil ayudarme.

Realmente siempre pensé que ayudar a morir era muy difícil y ahora más que nunca entiendo esto, porque ni yo misma sé que es lo que necesito, la verdad, no se como quiero morir, sólo quiero pasar este sufrimiento, despertar y ver que esto sólo es un sueño.

Quiero sentirme acompañada, quiero irme sintiéndome muy querida y aunque parezca egoísta, quiero irme y que los demás lloren porque esas lágrimas me demostraran que me van a echar de menos, que me querían, que siempre estaré en sus corazones.

Quizás una buena manera de permanecer inmortal sea esa, viviendo en el corazón de los que te quieren.

## Raquel Gómez

Estimado personal de enfermería:

Desearía tengan en cuenta este escrito cuando ya no pueda valerme por mi misma.

He sido una chica muy tímida y a la vez con mucho

carácter y la soledad o la muerte son temas que me han preocupado desde siempre, siempre me he preguntado que será de mí y por eso, ahora que no soy yo la que va a decidir qué es mejor para mí, me gustaría dejarlo por escrito para poder seguir siendo quien decida y no me convierta en un objeto que simplemente hay que mantener en vida y los medios o mis sentimientos que no se tengan en cuenta.

Desearía por encima de todo, más que cualquier cuidado vital que necesite, se tenga en cuenta que sigo siendo una persona, que aún no estoy muerta y que por lo tanto quiero que se cuide mi estado emocional, no quiero sentirme sola, es decir,...

**...no quiero ser un número  
de habitación, no quiero  
que los cuidados se hagan  
en silencio...**

...y no creo que esté diciendo ninguna tontería, no quiero que los cuidados se hagan en silencio y no creo que esté diciendo ninguna tontería, no quiero que una enfermera entre a pincharme y se vaya habiéndome ignorado como si ya no estuviera.

Desearía se me lavara el pelo y se me peinará y sé que puede llevaros mucho tiempo, pues me lo podéis cortar y os será más fácil pero, por favor, no me lo afeitéis o me lo dejéis sucio durante mucho tiempo. Cortadme las uñas, que no me dejéis el pijama de día y noche porque es algo que he hecho cuando me he quedado en casa cuando he estado enferma y creo que este hecho me lo estaría recordando continuamente; no me dejéis en la cama durante días enteros si podéis evitarlo, un corto paseo por el pasillo creo que me haría muy feliz.

Me encantaría retrasar al máximo las facilidades de mis cuidados por simple comodidad, por ejemplo: no quiero comer con una jeringuilla si con una pajita me basta, no quiero un pañal si puedo ir al lavabo y si es inevitable cámbiamelo siempre que puedas, no me atéis a una cama o abuséis de sedantes para prescindir de vuestro tiempo, quizás con ponerme la radio o dejarme sentada al lado de la ventana para ver el sol ya no molesto tanto.

Si me quejo no es porque quiero molestaros, quizás necesito algo y ya no se como pedirlo, no me dejéis mucho tiempo desnuda y por favor cerrad las cortinas si vais lavarme, me gustaría no perder mi intimidad.

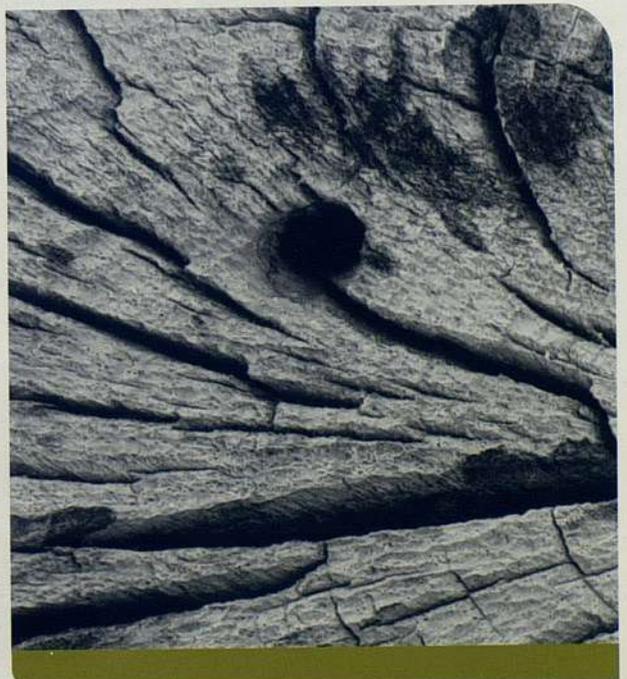
Dejad que mi familia me mime, dejadles que me vean, pero no dejéis que sufran, necesitaré sentirme querida y se veis que sufren, decidles que no sufro, demostradles que me cuidáis bien y que no quiero es que sufran, y que si yo me muero, lo he hecho feliz. No me ocultéis información, quiero saber cómo evoluciono, quiero saber si me muero pronto pues quiero tener tiempo para despedirme.

Si hay cosas que no dejo constancia o no sabéis qué hacer, poneos en mi lugar y haced lo que os gustaría que os hicieran a vosotros que seguro acertaréis.

Eternamente agradecida.

### Abel Eid Tur

Hola, soy Abel Eid Tur aunque para muchos, el paciente de la 1ª. Estoy ingresado desde hace meses por una enfermedad que no me permite pensar en el mañana. Cada día veo como la luz que me ha acompañado



*toda mi vida se apaga y no acabo de resignarme. La semana pasada se me informó que mi estancia aquí no sería duradera y ello me hizo plantearme como sería mi última semana de vida.*

**Cuando mis cuidadores vienen espero siempre un trato tierno, unas palabras que me hagan sentir vivo. Me gustaría que me tratasen como si en unos días me fuera a ir a casa recuperado.**

*Una de las cosas que más añoro es que el cuidador me llame por mi nombre, pregunte por mi familia, por mí, que se interesen por la vida de alguien que como ellos trabajó en el ámbito de la salud. Mi prisma es distinto a cuando trabajaba, desde este ángulo todo lo que pensaba obvio se convierte en primordial. Otra cosa que en estos momentos necesito son las charlas con mi familia y amigos pero dada la situación entiendo que a muchos les cueste verme en mi estado. Por ello espero que la gente que me trata se tome un tiempo para escucharme y ayudarme a liberar todo aquello que deseo comunicar antes de que mi enfermedad no me lo permita.*

*Espero y deseo que este trato en mi última semana se produzca y me permita dejar este mundo tranquilo. Si no fuera así mi agonía iría en aumento y ya que cada día que amanece para mí es otra oportunidad de ser querido espero poder sentirme feliz de aguantar un día más y no pensar en que será un día más sufriendo.*

**Mireia Franco Mañes**

Querido equipo de enfermería:

Me dirijo a vosotros debido a la enfermedad que

*padezco, y al poco tiempo de vida que me queda.*

*Me gustaría pedir os que el tiempo que tengo que pasar en el hospital intentarais que fuera, dentro de lo que se puede, lo más agradable y sencillo posible.*

*Yo os pediría que cuidarais de mi aspecto para cuando vinieran mis amigos y familiares a verme, ya que me gustaría que me recordaran al menos como era antes, y que no se quedaran con una mala impresión mía en el hospital.*

*Cuando me quedara poco tiempo para morir, si veis que sufro mucho, os pediría que hicierais lo posible para calmarme la sensación de angustia, ya que me gustaría morir de manera totalmente digna.*

*En la habitación me gustaría que sólo estuvieran mis padres. Sé que es muy egoísta por mi parte pedir que mis padres estén delante al momento de morirme, pero me gustaría sobre todo morir acompañada por ellos en la habitación y sobre todo, con mi madre lo más cerca posible.*

*A parte de eso, me gustaría que el equipo de enfermería me tratara ante todo como una persona, no como una paciente de una habitación que está a punto de morir. Me gustaría que cuando vinieran a la habitación fueran lo más agradables posibles y a poder ser con una sonrisa en la cara, ya que yo quizás no tenga ganas de sonreír.*

*Yo al ser una persona bastante sensible y para según que cosas no demasiado fuerte, querría que si algún día me encontrara algo deprimida, que no dejarais que tuviera muchas visitas, porque me pondría todavía más triste, pero si que dejarais que mi madre dentro de la habitación porque es con la única con la que me sentiría más tranquila. Supongo que podría pedir más cosas para escoger mi muerte, pero sinceramente, lo único que me gustaría es que me trataran con respeto, como a una persona, y que hicieran que mis últimos días de vida no los viviera angustiada, ni que lo pasara mal, eso sería lo principal para mí, ya que quiero una muerte tranquila y acompañada de mis seres más queridos.*

# La queja de los jóvenes: un reflejo de nuestras contradicciones

> Prof. M<sup>a</sup> Dolores Mansilla Pozuelo  
*Unidad de Atención Psicológica.  
Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios".  
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.*

La prof. Mansilla pretende hacerse eco de las quejas de los jóvenes, sin querer hacer un mero listado de síntomas y trastornos. Pretende compartir lo que los jóvenes que trata le enseñan acerca de lo que les pasa.

La autora quiere que veamos en su confusión nuestra confusión a la hora de exigirles que cumplan expectativas, ¿las suyas o las nuestras?.

Ante tal panorama, hay que pensar en lo que hacemos con nuestros jóvenes, en los mensajes que les transmitimos, sabiendo que se aprende y se imita más de lo que se hace que de lo que se dice. ▶

## Cayendo en la cuenta de los mensajes alarmantes.

Pretenden ser estas páginas el marco en el que resuenen las quejas de nuestros chicos y chicas. Esa queja a veces sorda y a veces chirriante con la que algo nos quieren decir. Creo que todo este ruido tiene algo que ver con nosotros, con el mundo que les hemos dado, con nuestras actitudes hacia ellos, con las paradojas, como se expone en el título, en las que nos movemos en nuestro clima social.

No busco el relato prolijo y exhaustivo de síntomas y trastornos, por otra parte fácilmente adquiribles, sino que pretendo compartir lo que los jóvenes con los que trato me enseñan acerca de lo que les pasa y las preguntas y sentimientos que provocan en mí. Quisiera poner voz y dar la palabra a lo que ni ellos mismos entienden, a lo que nos dicen con su cuerpo y con sus actitudes. En definitiva, a lo que recojo cuando creen que *"tienen que ir a la psicóloga"*

¿Qué nos querrá decir esa chica con su camisa de manga larga en pleno verano para que no veamos sus brazos esqueléticos?. ¿Qué nos querrá decir ese chico que se rompe ante la posibilidad de suspender un examen...de que se está examinando realmete?. ¿Qué tendrá que ver con nosotros ese botellón de pólvora pura con el que se castigan creyendo que se alegran?. ¿Qué supone el conectarse durante doce horas al día a un aparato para inventar una identidad y sentir que se hacen amigos?.

En definitiva no son ellos, somos todos los que estamos en este escenario, representando muy diversos papeles. Yo reflexionaba hace poco, pensando en la industria tan rentable que mueven los jóvenes y me salía la frase *"todo para el joven pero sin el joven"*. *"Si los padres supieran lo que hacen sus hijos..."* decía un enfermero del SAMUR cuando trasladaba al hospital a un chico en estado grave por ingestión de sustancias.

Los jóvenes son nuestro espejo, la expresión del equipaje que les hemos ido haciendo desde que nacieron y en sus contradicciones y síntomas nos están echando a la cara que unas cosas rechinan con otras, que descargamos en ellos un jaleo de expectativas que no saben a qué atenerse. Si lo solidario, ¿dónde el éxito profesional?, si lo grupal ¿dónde la competitividad?,

si el rendimiento ¿dónde el ocio?, si la responsabilidad ¿dónde lo creativo?, si la independencia ¿dónde la familia?..., en definitiva si tengo que ser perfecto, ¿dónde lo humano?.

Y junto a ellos me encuentro a los del otro lado, a nosotros: padres, profesores, tutores; que con ojos atónitos nos preguntamos ¿qué les pasa?. Siempre recordaré a la chica con bulimia, que me pide decirselo a sus padres delante de mí, con mi ayuda. No les había contado nada de su problema, todo era, como siempre, el fracaso académico y los problemas con el novio. Se me clavaron los ojos y la expresión aterrorizada de esos padres que la miraban y le decían. *"¿Qué es lo que tienes?"*, y acto seguido pasaban a relatar lo que había comido en las últimas celebraciones familiares.

Todo esto, su confusión y la nuestra es lo que va cayendo sobre sus hombros, lo que va calando los entresijos de su existencia, lo que va empapando sus recursos mentales y afectivos y lo que termina por expresarse en algo, que con alarma, le ponemos el nombre de enfermedad, de patología, de trastorno, de alteración. Algo que ya hay que poner en manos de los técnicos, que le den un nombre, un pronóstico y un tratamiento.

En mi experiencia del trato con universitarios, tanto en mi papel de profesora y tutora, como en el de psicóloga, cada vez me sorprende más la cantidad de alumnos que llegan a la carrera con una larga historia de intervención psicológica, incluso con tratamientos psicofarmacológicos. Ya han acudido a los profesionales porque algo no funcionaba en ellos, porque la angustia se había hecho presente y su entorno más inmediato no la había podido absorber.

**La familia, el colegio,  
los recursos más naturales  
y cercanos se sienten  
indefensos y debe ser alguien  
de fuera, el que mire con  
ojos expertos esta realidad.**

Lo siguiente sería el preguntarnos el cómo y el dónde de esta queja, el qué es lo que está haciendo este/a chico/a que tanto preocupa.

## Los escenarios del fracaso. Distintas representaciones del malestar de los jóvenes.

Hablamos de psicopatología, de enfermedades que requieren atención, hablamos de fracaso, de perder ese curso escolar y de situarse en el papel del "no poder".

Como antes he dicho, no haremos un relato de síndromes, ni trataremos de resumir un tratado de Psicopatología, simplemente destacaré aquellas situaciones que observo se dan con más frecuencia y que nos hagan reflexionar, poniendo voz y palabra, como decíamos en la introducción, a los chicos y chicas que lo sufren

El telón de fondo es siempre la ansiedad, como síntoma aislado, conformando un trastorno o acompañando otras patologías.

## Los trastornos de la ansiedad. La explosión del cuerpo sin palabras para explicarlo.

### Concepto de ansiedad.

La definimos (Vázquez, C. et al, 1998) como "*un sentimiento de temor y de tensión emocional que va acompañado de una importante correlación somática*". Así como el miedo es producido por un peligro presente e inminente y está ligado a los estímulos que lo generan, la ansiedad es más bien la anticipación de un mal venidero, indefinible e imprevisible.

Como en tantas cosas, la ansiedad pasa a ser peligrosa cuando su nivel aumenta. Es en esencia una reacción normal de nuestro organismo para dar respuestas rápidas de activación. Es su aumento lo que la convierte en algo peligroso. Se trata de una respuesta formada por un complejo y variable patrón de conducta, caracterizado por pensamientos y sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión, acompañados por una gran afectación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos o externos.

La respuesta de ansiedad tiene tres componentes:

1. **Motórico:** conductas de escape o evitación, donde la persona trata de no enfrentarse al estímulo. Aquí aparecen conductas derivadas del incremento de la activación: temblor, tartamudeo, huída o puede darse también el quedarse inmovilizado, sin capacidad de reaccionar. Tempestad de movimientos o rigidez cadavérica.
2. **Cognitivo:** qué es lo que piensa la persona. En general son sentimientos catastrofistas de que "*algo malo va a pasar*": No sabe lo que es y su atención y concentración solo se dirige hacia aquello que provoca la ansiedad. Es aquí donde la memoria, la concentración y por tanto la capacidad de estudio decae drásticamente.
3. **Fisiológico:** aparecen síntomas físicos relacionados con la activación del Sistema Nervioso Autónomo como aumento de la tasa cardíaca, sudoración, ahogo, etc. El cuerpo empieza a aguantar hasta que explota.

### El trastorno por ansiedad generalizada. La ansiedad en estado puro.

Los criterios para el diagnóstico son los siguientes:

1. Ansiedad y preocupación excesiva respecto a dos circunstancias de la vida, como por ejemplo, desgracias, problemas personales, familiares, etc, durante un periodo de 6 meses en los que la persona ha estado preocupada más de la mitad de los días. Es frecuente encontrarnos al joven que lleva todo el curso preocupado tremendamente con una asignatura, o con un profesor, con algún problema familiar o con la relación con sus amigos o pareja.
2. Al menos 6 de los 18 síntomas siguientes están presentes cuando la persona está ansiosa:

#### Tensión motora.

- \_ Temblores, sacudidas.
- \_ Tensión muscular, dolores.
- \_ Inquietud.
- \_ Fácil fatigabilidad.

#### Hiperactividad autonómica.

- \_ Falta de aliento o sensación de ahogo,
- \_ Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado.

- \_ Sudoración: manos frías o húmedas.
- \_ Sequedad de boca.
- \_ Vértigo o sensación de que "la cabeza da vueltas".
- \_ Náuseas, diarreas o molestias abdominales.
- \_ Sofocos ("golpes de calor") o escalofríos.
- \_ Frecuentes micciones.
- \_ Dificultad para tragar o sensación de "tener algo en la garganta".

#### Vigilancia y alerta.

- \_ Sentimiento de hiperexcitación y nerviosismo.
- \_ Aumento de la respuesta de sobresalto.
- \_ Dificultad de concentración, sensación de la tiene la "mente en blanco".
- \_ Problemas de sueño.

Por supuesto, que es fundamental descartar la causa orgánica de cualquiera de esos síntomas.

Creo que es uno de lo síndromes más frecuentes. A todos lo síntomas descritos les pongo cara y palabra: las manos sudorosas que empapan el papel del examen, los mareos, las náuseas, sobretodo eso que llaman "el nudo" que sienten que les impide tragar e incluso respirar.

Recuerdo el caso de una chica que debido a ese "nudo" era incapaz de alimentarse normalmente y solo lo hacía a través de líquidos. Cuando trataba de ingerir algo sólido lo masticaba hasta lo impensable y tenía que preguntar a su madre si ya lo podía tragar, cosa que no hacía hasta que la madre le miraba la papilla en la boca. La causa estaba en una amenaza de atragantamiento de pequeña y , sobretodo, en la tremenda dependencia de la madre y el miedo a un padre alcohólico y violento.

#### El trastorno obsesivo compulsivo: "Me pasa lo mismo que al de la película de Mejor Imposible".

Es curioso como el cine nos ayuda a descubrir este trastorno y muchas son las personas que al ver los síntomas se han identificado con Melvin, el protagonista de la película.

Las obsesiones son ideas, pensamientos o impulsos persistentes, e involuntarios que invaden la conciencia de la persona y que esta ve como absurdos y sin sentido. Hace grandes esfuerzos por ignorarlos y suprimirlos, pero no se consigue.

Recuerdo al chico convencido de que le habían contagiado el SIDA. Con esa permanente angustia vivía, quitando sentido a todo lo que fuera un proyecto a largo plazo en su vida: estudiar, seguir con su novia, etc. Desde el punto de vista racional, nada hacía pensar que hubiera estado en una práctica de riesgo, y el, por su formación, lo sabía perfectamente. Había consultado con organismos de información y le habían asegurado que no era posible. Sin embargo, el solo podía pensar en eso: había bebido en una fiesta del mismo vaso de un chico que el consideraba promiscuo y a la vez se había encontrado con una pequeña herida en el labio, por la que entendía podría haber entrado el virus. Estudiaba un carrera de máxima dificultad y temía defraudar las expectativas de una madre muy exigente y sobreprotectora.

Las compulsiones son conductas repetitivas que se emiten sin intención ni propósito alguno y que siguen unas reglas estereotipadas. La persona intenta resistirse, reconoce que no tiene sentido, pero no lo consigue evitar. Lo único que consigue con ello es liberar un poco la tensión.

Aquí recuerdo a alguien parecido al protagonista de la película citada: no podía pisar las juntas de las baldosas y tenía que reparar todos los ángulos de los objetos, un libro, un marco, etc.

La temática de las ideas obsesivas, siguiendo a Vallejo (1980), se suele centrar en:

1. *Temas religiosos.* Para mí estos son menos frecuentes en la actualidad, ya que la culpa se vive de otra manera.
2. *Temas morales.* Referidos a la frustración de expectativas de los padres o a la inversión económica desaprovechada.
3. *Temas de protección corporal.* Contagio de enfermedades, embarazos no deseados.
4. *Temas de protección ante peligros.* Con la doble cara de no ver el peligro.
5. *Temas de orden y simetría.* No es infrecuente escuchar relatos de cómo antes de ponerse a estudiar todos los libros tienen que estar alineados, los lapiceros por tamaños, etc.

En cuanto a la epidemiología podemos ver:

- \_ En adultos no hay diferencias entre géneros. No así

entre niños que la prevalencia es de un 75 % de niños respecto a un 25 % de niñas. Son alarmantes los datos de la incidencia de esta enfermedad en Estados Unidos y la gran cantidad de niños que consumen psicofármacos para tratarla.

- Suele aparecer sobre los 20 años. Cerca del 65 % desarrollan la enfermedad antes de los 25. Menos del 15 % después de los 35.
- Aparece más en clases sociales más favorecidas. Puede ser que en estos ambientes la vigilancia y el nivel de información sean mayores; así como los recursos para abordar la enfermedad.
- Se da más en primogénitos e hijos únicos. Más centrados en ellos los padres, más expectativas hacia el perfeccionismo.
- Como casi siempre, hay avisos: inseguridad, tendencia a la depresión, dependencia, etc.

## Los trastornos fóbicos. La máxima exageración del miedo.

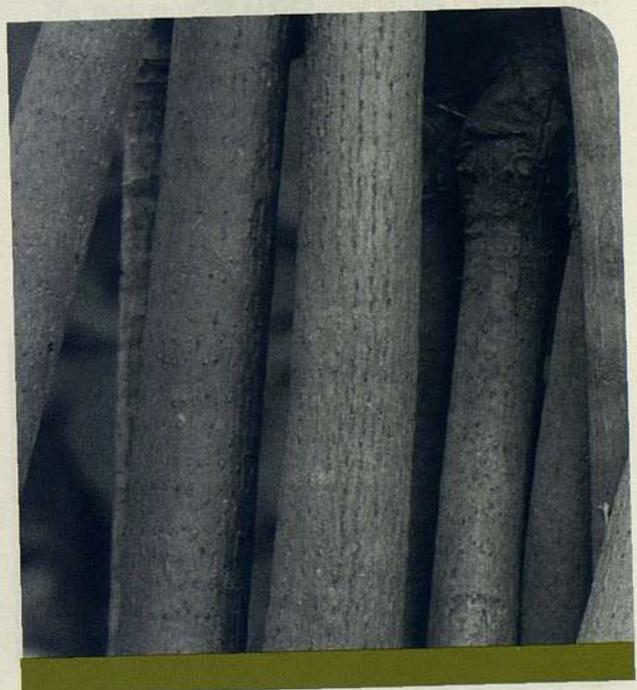
La fobia es un miedo excesivo, irracional, y persistente ante un objeto, actividad o situación que determina un deseo imperioso de evitar esa circunstancia. La persona se da cuenta de ello, de lo absurdo que es y de cómo le está condicionando su vida, a veces a extremos insospechables, pero no puede evitarlo.

### Clasificación de las fobias.

- **Agorafobia** : es el miedo a encontrarse en lugares o en situaciones de las cuales no se va a poder salir si se necesita ayuda urgentemente.

Es el caso de la chica, que encontrándose en un concierto abarrotado de gente le empieza a entrar el pánico de pensar: ¿si ahora tuviera que ir urgentemente al baño, cómo saldría? o ¿Si de repente me pusiera muy enferma, como me sacarían de aquí?.

Es la chica que, yendo en moto se conoce todos los posibles itinerarios en Madrid para ir a sus



sitios habituales sin pasar por túneles, calles estrechas llenas de coches, etc...se pregunta cómo saldría de ese túnel atascado, por eso evita ir en coche desde el que es más difícil escapar.

- **Fobia simple:** a objetos, animales, o situaciones. Muy frecuente ahora la fobia a engordar, a envejecer, a ser feo o deforme.
- **Fobia social:** es el miedo al ridículo, a estar en situaciones donde muchas personas me observan y poder decir o hacer algo totalmente inadecuado, humillante o embarazoso. Es muy frecuente relacionada con el miedo a hablar en público, a dar mala imagen, no comportarse bien en entornos sociales, no poder saludar por tener la mano temblorosa y sudada. Mi experiencia en ese aspecto es muy clara, desde el temor a saludarte en una entrevista o caer en crisis por tener que presentar un trabajo en clase.

Las causas son evidentes: la tremenda valoración de la destreza social, de dar una imagen, se habla incluso de "saber venderte bien". Proliferan los "cursos" que enseñan a los jóvenes estas habilidades.

## Trastorno por estrés postraumático. El precio afectivo de todas las situaciones de agresión y peligro.

Muy frecuente por desgracia, el encontrarnos con chicos y chicas que han sufrido un atraco, un robo, han participado en una pelea o han sufrido un accidente de tráfico.

Este trastorno consiste en las consecuencias psicológicas, tanto inmediatas como a largo plazo de experiencias traumáticas de carácter extremo o catastrófico.

### Criterios para el diagnóstico

1. La persona ha experimentado un hecho fuera de

lo normal, muy traumático.

2. Este hecho es reexperimentado a través de recuerdos, sueños angustiosos, actuaciones como si el hecho volviera a ocurrir, intenso malestar ante acontecimientos que simbolizan o recuerdan lo que ocurrió incluyendo las fechas significativas del mismo.
3. Evitación persistente de todo lo que tenga que ver con el trauma, embotamiento del nivel general de respuesta en los siguientes aspectos:
  - Evitando pensar en ello,
  - Evitando situaciones que lo recuerden.
  - Incapacidad de recordar los datos del suceso.
  - Disminución del interés en general por otras cosas.
  - Desapego o enajenación con los demás.
  - Incapacidad o dificultad para sentir.
  - Sentimiento de tener el futuro acortado.

4. Síntomas persistentes del aumento del estado de vigilia:

- Dificultad para dormir.
- Irritabilidad o ira.
- Dificultad para concentrarse.
- Hipervigilancia.
- Sobresalto.
- Reacciones fisiológicas ante hechos que se parezcan.

Un chico viene a Madrid, desde su lugar de origen para estudiar su carrera. A la segunda semana de su estancia se le acercan dos muchachos con una navaja para que les saque todo el dinero del cajero. El les intenta engañar y saca poco dinero, diciéndoles que no tiene más y ellos, con la navaja en el cuello le dicen: "te haremos un arañazo por cada 1000 pesetas más que tengas". Así le fueron llevando por calles escondidas buscando cajeros.

**El era incapaz de chillar,  
de pedir ayuda,  
se bloquea totalmente.**

Desde ese momento su carrera es un suplico, Madrid es un suplicio, cree que le siguen por la calle, tiene problemas para dormir, para estudiar y a veces la ansiedad es tan grande que no la puede controlar.

Una chica sufre una violación, alguien a quien

conoce muy ligeramente la invita a subir a su coche, la lleva a un descampado y la viola. No se acuerda de nada, no sabe dónde fue, que pasó, sabe como se llamaba ese hombre pero se le ha borrado su cara. Se quedó embarazada y abortó. Con el tiempo, ya casada, no puede tener hijos ni responde a ningún tratamiento de fertilidad. La relación con su pareja no es mala globalmente, pero tienen problemas en su relación sexual.

Cómo no citar, para terminar este apartado con el persistente ruido que se oye durante meses de la rueda en el frenado, los cristales estallando, los gritos de la gente, en definitiva la experiencia que persigue a los que han tenido un accidente de tráfico.

### Los trastornos depresivos. El sentimiento de ser un desastre y no valer para nada.

En sus muchas genialidades, Freud nos expuso de forma muy clara y concisa que era estar deprimido a diferencia de estar apenado. Dijo: *"Uno esta apenado cuando cree que el mundo es un desastre, pero estará deprimido si cree que el desastre es él"*.

Eso es la depresión ,el mal de esta época, el precio de nuestras presiones y nuestros agobios, de llevar a nuestros recursos mucho más allá del límite sostenible. Se habla de millones de personas deprimidas en el mundo, del aumento de las bajas laborales por depresión, del riesgo de suicidio que comporta.

¿Cómo cala esto en los jóvenes?. Muchos de ellos viven cerca de familiares deprimidos. Cuando doy esta clase todo son manos levantadas que quieren saber respecto a seres cercanos a ellos. Viven en un entorno donde los antidepresivos y los modelos que muestran esta enfermedad están presentes.

¿Llegan ellos a deprimirse?. Creo que sí, no tal vez



con el nombre de depresión mayor como entidad diagnóstica, a al menos no muy frecuentemente, pero si hacen reacciones depresivas con cierta facilidad.

Siguiendo el Modelo de Beck,(1980) nos encontramos sobre todo con:

- La tremenda quiebra de la autoestima, ese *"no valgo para nada, soy un desastre, no hago más que dar problemas y disgustos, no voy a sacar nunca nada, mis padres se gastan el dinero y yo no me lo merezco"*.
- La creencia de que nadie le quiere ni le respeta: *"¿quién me va a querer siendo como soy?"*. Se compara negativamente con sus hermanos, sus amigos. Se siente impotente, se mete en su cuarto y no quiere saber nada de nadie.
- Visión de futuro catastrófica: la gran pregunta de los jóvenes, lo que martillea en sus oídos a cada momento: *"¿qué a va a ser de mi el día de mañana?"*.

Así piensan las personas deprimidas, este es su estilo cognitivo, por el que filtran de la realidad aquello que coincide con su imagen interna. Piensan de manera destructiva e inútil.

Giles (1980), confirma ese modelo y nos habla de que el depresivo se siente fundamentalmente atrapado en expectativas totales de fracaso.

No podemos entrar muy a fondo en las causas de la depresión. Sabemos que existen factores genéticos y bioquímicos. Sabemos que la serotonina influye en estos estados y que si se inhibe su recaptación la persona mejora. De ahí la eficacia de los nuevos fármacos como la Fluoxetina.

Tal vez aquí debemos centrarnos más en lo afectivo y lo interpersonal. Se comprueba como niños educados en ambientes de rechazo, soledad y poca valoración,





elaboran una imagen negativa de sí mismos, una baja autoestima que les hace inseguros e indefensos para afrontar las demandas de la vida.

Igualmente estilos educativos basados en la permisividad total, donde el niño se empondera en la estructura familiar, y hace prácticamente "lo que quiere" generan una total falta de resistencia a la frustración que les hace abandonar ante la mínima dificultad. Desde el que a los 6 años no aprende a leer por que se agobia y además no le va nada en ello, porque nadie le dice que hay que esforzarse y resistir el aburrimiento de aprender las letras; hasta el que con 18 le pide a su madre que venga a buscarle porque le ha salido mal un examen y no lo puede soportar, hay una amplia constelación de datos que nos indican la indefensión de nuestros niños y jóvenes, acostumbrados a que todo se lo den resuelto.

Otros Modelos explicativos de la depresión como el de KUIPER, OLINGER y McDONALD,(1989), nos hablan como factor de predisposición a la depresión de las actitudes o reglas inapropiadamente rígidas para orientar la vida.

Aquí estaría el joven que se obsesiona porque todo le tiene que salir bien y lograr siempre la aprobación de los demás. Esto les hace ir justamente en la dirección contraria, porque sus estrategias son tan

emocionales que terminan por ser inefectivas.

Encuentro también que en muchos casos el problema tiene que ver con malas habilidades para la comunicación: cuanto más cariño se necesita, peor se pide, menos te dan y quedas sumido en la soledad y el aislamiento, dos características que nos hablan de depresión.

Pasamos a tratar de exponer algunos síntomas concretos de los síndromes depresivos más frecuentes, sabiendo que hay muchos más y que dentro de cada cuadro trataremos de resumir.

### Episodio depresivo mayor

En un periodo de al menos dos semanas se presentan al menos 5 de los siguientes síntomas, representando un cambio consistente respecto a la conducta previa, siendo los más significativos los dos primeros.

- 1.Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi diariamente.
- 2.Notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día.
- 3.Aumento o pérdida de peso significativo ( más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución del apetito casi cada día.
- 4.Insomnio o hipersomnio casi diario.
- 5.Agitación o enlentecimiento psicomotor casi diario de modo manifiesto.
6. Fatiga o pérdida de energía casi a diario.
7. Sentimientos excesivos e inadecuados de inutilidad o culpa casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar , concentrarse o tomar decisiones.
9. Ideas de muerte recurrentes ( no el simple miedo a morir), ideas o intentos de suicidio ( con o sin plan específico).

Estamos hablando de la depresión en su forma más grave. Requiere una asistencia y un seguimiento muy consistente. A veces incluso se aconseja abandonar toda actividad académica o laboral para reponerse. Lo que más preocupa es el riesgo de suicidio que a veces, por desgracia, es difícil de predecir y de evitar.

### Episodio depresivo mayor. Tipo melancólico.

Se dan 5 de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades habituales.
2. Falta de reacción ante estímulos normalmente agradables (no hay mejoría cuando sucede algo bueno).
3. La depresión es más intensa por la mañana.
4. Despertar precoz por la mañana (al menos dos horas antes de lo habitual).
5. Enlentecimiento o agitación motora manifiestas.
6. Pérdida de peso significativa, más del 5% del peso corporal en un mes.
7. Ausencia de trastorno de personalidad previo.
8. Uno o más episodios depresivos mayores previos, seguidos de remisión total o casi total.
9. Buena respuesta a psicofármacos.

Referido a los adolescentes, hay que tener en cuenta que estos criterios se deben a veces modificar, debido a que no siempre se emplean psicofármacos, aunque su uso está cada vez más extendido. Tampoco es posible diagnosticar trastorno de la personalidad antes de los 16 años y los episodios previos, no tienen por qué haberse dado.

### Trastorno depresivo breve recidivante.

1. Se cumplen los criterios del trastorno depresivo mayor, menos en su duración.
2. Duran entre dos días y dos semanas.
3. Tiene lugar una vez al mes en 12 meses consecutivos y no se asocia al ciclo menstrual.
4. Provoca deterioro social, escolar, laboral o de la actividad del sujeto en general.
5. Nunca antes ha habido episodios depresivos.

A esto los chicos le llaman "mis depres", "es que me da de vez en cuando y luego se me pasa". Yo les digo que son pequeños pilotos de alarma que se

encienden y hay que saber interpretarlos.

### Trastorno mixto ansioso-depresivo.

1. Estado de ánimo disfórico, persistente o recurrente que dura al menos 1 mes.
2. El estado de ánimo disfórico se acompaña de un mínimo de 4 de los siguientes síntomas:
  - \_ Dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco.
  - \_ Fatiga o falta de energía.
  - \_ Irritabilidad.
  - \_ Preocupaciones.
  - \_ Llanto fácil.
  - \_ Hipervigilancia.
  - \_ Anticipación de peligro.
  - \_ Desesperanza.
  - \_ Baja autoestima o sentimientos de inutilidad.
3. Estos síntomas provocan un gran malestar en todas las áreas de la vida de la persona.

Ansiedad y depresión son entidades que muy frecuentemente van de la mano, convirtiéndose en una auténtica tortura para el que las padece.

**A veces aparece como la consecuencia de una fuerte presión al rendimiento, a una exigencia desmedida que pone a nuestros recursos en un lugar mucho más alto del posible.**

Hace poco me impresionaba el llanto y la desesperación de una chica, que después del esfuerzo de todo el año: trabajando, estudiando, asumiendo responsabilidades familiares, etc; a final de curso siente, distorsionadamente, que todo lo ha hecho mal y que no se merece descansar. Pretende buscarse más o más cosas para el verano, cuando no puede concentrarse en nada. Incluso decía que prefería suspensos para poder subir más sus notas. Es claro, que se pone listones más que altos, irreales, que la llevarán a caer seriamente enferma.

### Trastorno depresivo de la personalidad.

Es un patrón permanente de comportamientos y funciones cognitivas depresivas que se caracteriza por 5 o más de los siguientes síntomas:

1. El estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad.
2. La concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima.
3. Se critica, se acusa o se autodescalifica.



4. Cavila y tiende a preocuparse por todo.
5. Critica, juzga y lleva la contraria a otros.
6. Se muestra pesimista.
7. Tiende a sentirse culpable o arrepentido.

Creo que este es uno de los cuadros más frecuente en los jóvenes y aparece como una falta de adecuación a los estresores y crisis de la vida. Ese sentir que uno se equivoca constantemente, que no puede reparar los errores y todo se convierte en reproche a sí mismo y a los demás me suena a muy escuchado. Está referido a todas las áreas de fricción: los estudios, las relaciones de pareja, la familia, etc.

### Trastorno disfórico premenstrual.

Consiste en la aparición de 5 o más de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día en la última semana de la fase lútea, que desaparecen completamente en la semana siguiente a la menstruación.

Al menos uno de estos síntomas debe ser alguno de los 4 primeros que se citan a continuación:

1. Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de autodesaprobación acusadas.
2. Ansiedad, tensión, sensación de agobio, de estar al límite.
3. Labilidad emocional evidente: ataques de tristeza, de llanto, hipersensibilidad al rechazo.
4. Enfado, irritabilidad, aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente.
5. Pérdida de interés por las actividades cotidianas.
6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
7. Letargia, fatigabilidad o falta evidente de energía.
8. Cambios significativos en el apetito, atracones o antojos de determinadas comidas.
9. Hipersomnia o insomnio.
10. Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control.
11. Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón a ganancia de peso.

Con independencia de sus causas físicas y hormonales que puedan requerir otro tipo de abordaje, creo que este síndrome describe a la perfección la situación de tantas y tantas chicas que describen en estos términos su malestar. Al formular su queja son muchas las que se refieren a las molestias relacionadas con la regla y cómo estas influyen en su funcionamiento personal y social. A veces hay un punto de rabia al referirse a ese "*malestar inevitable de las mujeres*", con todos los prejuicios y atavismos que implica.

Sin duda hay que incluir la perspectiva de género al hablar de psicopatología. No sufren lo mismo ni de lo mismo los chicos que las chicas, ni es igual su posición a la hora de pedir ayuda, pero este sería un aspecto tal vez a desarrollar más profundamente en otro momento.

### La depresión expresada en el cuerpo. El lenguaje de los síntomas físicos.

Seguendo los estudios de Marín y cols. (1995), pasamos

a citar las manifestaciones corporales de la depresión en los distintos sistemas.

1. Algias y parestesias.

- *Aparecen cefaleas en el 61 % de los casos de depresión.*
- *Dolores en la nuca y sensación de brazos dormidos en el 29 % de los casos.*
- *Lumbalgias y otros dolores crónicos inespecíficos en el 27 % de los casos.*
- *Síndrome fibromiálgico. múltiples dolores a la vez.*

2. Trastornos sensoriales.

- *Vértigos en el 25 % de los casos.*
- *Anomalías en el sentido del gusto, olfato y visión borrosa en el 8% de los casos.*

3. Trastornos neurológicos y neurovegetativos.

- *En el 33% de los casos estudiados aparece: hipersudoración, imposibilidad de permanecer quieto, lipotimias, temblores, etc.*

4. Trastornos digestivos.

- *En el 65 % de los casos aparecen: Aerofagia, diarreas, estreñimiento, dispepsias, síndrome de intestino irritable, y dolores cólicos de repetición.*

5. Trastornos circulatorios.

- *En el 20 % de los casos estudiados aparece: dolores precordiales, trastornos del ritmo cardiaco e hipertensión arterial.*

6. Otros síntomas corporales.

- *En el 29 % de los casos se dan : trastornos ginecológicos, disnea, rinitis, alergias estacionales, alopecia, eccemas, erupciones cutáneas, mala evolución de enfermedades corporales e infecciones de repetición.*

Sería larguísimo citar todos los casos en los que se ven estos síntomas que a veces confunden la verdadera causa que es la depresión. Observamos como los abordajes sólo desde el síntoma físico llevan al paciente a repetidas pruebas y tratamientos que no logran su objetivo. Los sanitarios que trabajan en los servicios de urgencia, nos informan de cómo en épocas de exámenes se ve muy incrementada la demanda de atención por todos estos síntomas. A veces la alarma

es grande y la amenaza para la salud importante.

Cuantas veces he escuchado el relato de ese ir a Urgencias por la noche con vómitos, mareos, taquicardias, fuerte dolor de cabeza, etc. y después de todo tipo de pruebas salir con el informe en el que dice "*ataque de ansiedad o reacción depresiva*" con la consiguiente receta para ansiolíticos y la recomendación de "*tómate los exámenes con más tranquilidad*".

Pero no hablamos sólo de esos momentos puntuales sino de enfermedades ya instaladas como tales. La chica que lleva meses sin poder alimentarse porque todo lo devuelve. El chico que nos habla de su angustia a través de sus dolores abdominales y sus diarreas que le mantienen muchos días sin poder salir de casa. Decíamos más arriba que el cuerpo se rompe.

Leyendo un reciente estudio de K. Flanagan (2000) sobre la ansiedad en los jóvenes, me quedaba con la frase "*no te olvides de que tienes cuerpo*". Eso les ocurre exactamente: que se olvidan de que tienen cuerpo, pero el cuerpo tiene memoria y se hace presente en síntoma, a veces cuando menos los esperan.

## Los trastornos del comportamiento alimentario. La enfermedad de "moda".

Introducción. Tratando de centrarnos en el problema.

Algo tan natural e instintivo como la conducta de alimentarse pasa, en nuestra época a ser el signo por excelencia de la angustia de las jóvenes, dado que en un 90 % son chicas las que sufren estos trastornos.

Decíamos en otro lugar que esta es la gran paradoja de nuestra época: por un lado está el que quiere comer y no puede y por otro el que puede comer y "no quiere". Cuando el hambre en el mundo aparece como la foto de la gran tragedia de millones de personas, aquí, en nuestros países ricos nos encontramos con un grupo cada vez mayor de chicas que opta por no comer, a veces hasta la muerte por inanición. Son muchas y muy complejas las causas, y es fácil caer en los tópicos y los reduccionismos, pero tal vez la más

resonante sea la asociación entre delgadez y perfección.

Más que de una enfermedad creo que estamos hablando del lugar en el que se deposita toda la angustia flotante de la sociedad actual y que recae en los jóvenes. Se habla, en palabras del Dr. Turón, uno de los expertos españoles en el tema, de una verdadera epidemia. Pero no es un virus que se pueda estudiar en un laboratorio, ni la vacuna es fácil, es algo que explota en un organismo sometido a múltiples presiones afectivas, sociales, etc.

El citar cifras de incidencia es difícil por lo prolijo. Casi cada día nos encontramos con datos cada vez más alarmantes. No tratamos de hacer un resumen exhaustivo de los mismos, simplemente citaremos algunos.

- \_ El 10 % de los adolescentes pueden llegar a tener algún problema relacionado con la alimentación.
- \_ 2/3 de los adolescentes está a dieta, cuando la tasa real de sobrepeso se sitúa en el 20 % de esta población
- \_ Se están diagnosticando casos cada vez en edades más tempranas (entre los 7 y los 10 años).

\_ El 3 % de las jóvenes europeas padecen algún trastorno de la alimentación.

\_ La cifra se ha triplicado en los últimos 10 años.

\_ Se llegan a recuperar totalmente entre el 40 y el 50 %.

\_ Un 25 % pasa a la cronicidad.

\_ Otro 25 % alterna fases mejores y peores.

\_ Llegan a morir entre el 8 y el 10 % por inanición, suicidio y alteraciones electrolíticas.

\_ La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres.

La alarma está servida. Los que tratamos con jóvenes hemos hecho de la palabra anorexia ya no un diagnóstico, sino casi un adjetivo para describir a esa chica que vemos en clase extremadamente delgada, nerviosa, obsesionada por el rendimiento...a veces siento que el diagnóstico está en manos de cualquier bienintencionado profesor o tutor. No creo que eso sea bueno, son demasiados tópicos, demasiada divul-



**agelectric**  
CORPORACIO AGE

Instal.lacions específiques de establiments sanitaris  
Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)  
Instal.lacions de seguretat  
Instal.lacions contraincendis  
Instal.lacions de comunicacions  
Instal.lacions de control

c/Bonsoms, 15-17  
08028 BARCELONA

Telf.: 93.448.75.00

Fax: 93.448.75.02

e.mail:agelectric@agelectric.com

gación tal vez. De eso se quejan los expertos y las asociaciones de padres de afectados, muy activas por suerte, que existen en todos los grandes hospitales de España y que ayudan muy eficazmente a las familias y a los pacientes.

Antes de pasar a citar cuadros de síntomas, creo que merece la pena detenerse en la reflexión del Dr. Morandé, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Niño Jesús y uno de los pioneros en el tratamiento de la anorexia en España. Nos habla de las tareas de desarrollo de la adolescente y de cómo el fracaso en esas tareas configura el terreno en el que se implanta la anorexia.

Estas tareas, sentidas como retos, como crisis con su matiz de duelo, serían las siguientes:

1. La elaboración del duelo por el cuerpo infantil. Ese poder aceptar que el cuerpo cambia, que la imagen asexual de la niña se transforma en una imagen de mujer.
2. Cambios en la relación con los padres, sobretudoo con el padre.
3. Caer en la cuenta de que la omnipotencia infantil se derrumba y debe pasar a contrastarse con la realidad a veces no elegida.
4. Pasar de la lógica concreta a la lógica abstracta. Es el siguiente estadio en el desarrollo cognitivo.
5. Salir del mundo de los padres y enfrentarse a la relación con los iguales, con todo lo que tiene de riesgo y estrés.
6. Pasar de lo estructurado a lo aleatorio. De la seguridad de que decidan por mí al riesgo de ser yo el que tome mis propias decisiones: estudios, relaciones, etc.
7. Saber manejarse con la ansiedad, el fracaso. Afrontar las crisis y elaborar respuestas adaptativas.
8. Aprender a controlar la conducta. Mundo de los valores. Asumir que el control hay que interiorizarlo, que ya no va a venir siempre de fuera.

Sobre esta crisis no resuelta, aparece el impacto de la anorexia como:

1. Sentimiento de omnipotencia (*"con mi cuerpo hago lo que quiero"*) y a la vez bajísima autoestima (*"me doy asco, me peino sin mirarme al espejo"*).

2. Dependencia mayor que antes de la madre.
3. Quiere ser perfecta y exige que los demás lo sean. Sería la idea terrible de *"si no soy perfecta nadie me va a querer"*. A la vez aparecen actitudes hiper-críticas respecto al comportamiento de los otros. En esto la queja de los padres es muy amarga: no aciertan a hacer nada bien con ellas. Recuerdo el mensaje de un padre desesperado que decía a su hija anoréxica: *"Dínos en que te hemos molestado para que no lo volvamos a hacer"*.
4. Empobrecimiento emocional y de los recursos creativos. No puede identificar ni describir lo que siente, porque a veces es sólo el agotamiento lo que está presente. La petición de ayuda surge a veces *"por no poder ya estudiar ni hacer nada"*.

Otra aportación a mi juicio muy interesante es la de J.L. Marín (2000), realizada en unas Jornadas sobre Trastornos del Comportamiento Alimentario. Toma este autor las ideas de S. Minuchin (1988), cuando habla de Grupo Familiar Anoréxico y lo centra en los siguientes factores:

1. Relación familiar sin definición de límites: familias "falsamente unidas", más bien "empastadas", donde el padre suele estar muy ausente y existe alguien que ocupa su lugar, donde las decisiones no se sabe muy bien como se toman.
2. Sobreprotección: siempre implica hostilidad y desconfianza hacia todo lo exterior. Es la manera de hacerla indefensa.
3. Rigidez en mantener la situación infantil: se niega que las cosas han cambiado, se niega, en definitiva el crecimiento y la proyección hacia la vida adulta.
4. Ausencia de estrategias para la resolución de conflictos: se niega que existan problemas y dificultades. cada uno *"se traga las cosas como puede"*.
5. Implicación de los hijos en la conflictividad conyugal: no existe pareja, es un "como si" y los hijos tienen el papel de sostener la situación.

Son cada vez más los  
expertos que abogan por  
un abordaje familiar

## en el tratamiento de la anorexia nerviosa.

Creo que este esquema pone en palabras lo que tantas veces vemos en la clínica: madres que llaman todos los días a ver que han comido y cómo les ha sentado, cuando la hija estudia fuera de su ciudad de origen; secretos que me cuentan de los problemas que hay en la casa *"pero que no se entere la niña"*; etc. Sólo el escuchar llamar niña a una mujer de 20 años ya dice mucho del papel que en su casa se le adjudica. De ahí que los terapeutas de familia insistan en que hay que cambiar el lenguaje para pensar en las personas de otra manera.

Ahora vamos a dejar que sea Rocío la que nos cuente lo que le pasa:

*"Estaba yo un día en mi casa viendo la tele, un poco deprimida porque lo había dejado con un chico y vi a una modelo muy guapa con un traje muy ajustado. Yo pensé: ese traje no me cabe a mí. Me fui a mirar al espejo y me encontré un poco rellena. Decidí que iba a perder algunos kilos. Cuando perdí 3 me vi mejor, pero me dije: bueno 2 más y ya paro...luego seguí diciendo: alguno más y ya paro...Cuando entré en el Hospital pesaba 34 Kilos, me dijeron que me quedaba un mes de vida"*.

Rocío es la pequeña de tres hermanas y su madre dice haberla protegido mucho de pequeña, porque estuvo muy mala: *"Yo me culpabilizo, sus hermanas a veces me lo han dicho...los médicos me tranquilizan pero yo creo que sí, que he tenido mucha culpa... en el hospital está mejor que en mi casa porque yo ya no sabía que hacer con ella"*.

A medida que avanza en su tratamiento, Rocío va contando más de lo que sentía: *"Yo no me podía mirar al espejo y me peinaba con la luz apagada, se me notaban todos los huesos de la cara y evitaba reírme para que no se me hicieran tantas arrugas, solo tenía la piel, pero ahora ya me veo mejor, como con la cara más normal"*.

Aunque la palabra que más resuena es anorexia, no es este el único trastorno de la conducta alimentaria. La bulimia y las obesidad aparecen también como problemas importantes. Pasamos a describir los de los tres.

### Síntomas característicos de la anorexia nerviosa (Morandé y Rodríguez-Cantó, 1991).

#### Síntomas conductuales

1. Restricción voluntaria de alimentos de alto contenido calórico con la intención de bajar de peso.
2. Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha.
3. Disminución o ingesta excesiva de agua o líquidos.
4. Conducta alimentaria extraña: come de pie, corta los alimentos en trozos muy pequeños, hace ejercicio después de comer.
5. Aumento de la actividad física para aumentar el consumo energético, a veces pasa a ser un ejercicio compulsivo.
6. Aumento de las horas de estudio y de actividades supuestamente útiles.
7. Disminución de las horas de sueño.
8. Irritabilidad.
9. Uso de laxantes, diuréticos y autoprovocación de vómitos.
10. Sintomatología depresiva.

#### Síntomas cognitivos

1. Preocupación obsesiva por el peso.
2. Trastorno grave de la imagen corporal.
3. Terror a subir de peso.
4. Negación total o parcial de la enfermedad.
5. Negación de sensaciones de hambre, sed, fatiga o sueño.
6. Dificultad de concentración y de aprendizaje.
7. Desinterés sexual.
8. Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.
9. Dificultad en reconocer sus emociones.

10. Temor a perder el control.
11. Sensación de lucha interna entre aspectos de su persona.
12. Sintomatología obsesiva.

La bulimia nerviosa.

Del comer descontrolado al control patológico del peso.

El término bulimia viene del griego y significa "hambre de buey" y consiste en comer mucho, de manera compulsiva, pero sin querer asimilar esos alimentos por miedo a engordar.

Consiste en episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos, vorazmente, con sentimiento de pérdida de control, provocación voluntaria de vómitos y preocupación por el esquema corporal.

La secuencia suele ser: atracón-vómito-alteración del esquema corporal.

Los atracones se suelen dar siguiendo unas etapas, que son:

1. *Anticipación y planificación*: suelen decir: "voy a la nevera a comer algo".
2. *Ansiedad*: sensación de temor por lo que se vaya a ingerir y de intenso malestar.
3. *Rápida y descontrolada ingesta*: consumen alimentos fáciles de tragar, apenas sin masticar, sin control, empujándolos dentro de la boca, sin saborear. A veces las mezclas son indescriptibles. Se describen atracones de hasta 8.000 calorías.
4. *Sensación de alivio y relax*: de momento la ansiedad se para.
5. *Desaliento*: empieza a preguntarse que ha ocurrido.
6. *Vergüenza y culpa*: les cuesta hablar de ello, lo ven tan absurdo que no se explican cómo han podido hacerlo.
7. *Malestar físico, fatiga, dolor abdominal*.
8. *Vómitos autoprovocados*: uno de los signos evidentes de la bulimia es el callo que se suele hacer en el mano por el roce de los dientes al provocarse el vómito. Este llega a ser con el desarrollo de la enfermedad algo ya reflejo que la paciente controla con facilidad.

Recuerdo a la chica que me decía: "*Cuando decido que no quiero vomitar, le echo vinagre a la comida, porque se que la sensación tan desagradable al devolverlo me hará que no me provoque el vómito*".

Es un trastorno más difícil de reconocer y de tratar. Sólo piden ayuda en épocas muy avanzadas de la enfermedad. Por eso puede ser mucho más grave. La persona que la padece no ofrece una imagen tan deteriorada, el peso puede oscilar entre cifras más o menos aceptables, pero la pregunta es: ¿A costa de que?. Así como la anoréxica no quiere tener cuerpo, la bulímica lo que quiere es un cuerpo perfecto.

Se da en edades más avanzadas, no se describen casos antes de los 14 años. Su incidencia está creciendo de manera rápida y el pronóstico es peor que en la anorexia.

**Al tratarse de chicas  
mayores de edad,  
la impotencia de los padres,  
al ver que su hija se  
deteriora irremediamente  
sin aceptar tratamiento,  
les lleva en casos extremos  
a solicitar el ingreso  
por la vía legal.**

En estas pacientes se dan síntomas depresivos y de trastorno de la ansiedad. Aparece también dependencia o abuso de sustancias en un 30% de los casos y trastornos de la personalidad. Es claro que lo que hay en el fondo es una bajísima autoestima y una insatisfacción general que se deposita en la obsesión por el cuerpo. Llevan "toda la vida a dieta". Puede que hayan sido obesas y luchan titánicamente contra esa imagen de verse "gorditas". "Ya nunca más voy a ser la gordita de la clase", decía una chica bulímica, estudiante de 2º de carrera, que confesaba haberse gastado en golosinas y "comida basura" el dinero que su madre le había dado para un cursillo.



## Síntomas conductuales de la bulimia nerviosa (Morandé y Rodríguez-Cantó, 1991).

### 1. *Relativos a la conducta alimentaria.*

- \_ Atracones de comida a escondidas, al menos dos veces a la semana.
- \_ Restricción dietética en comidas normales.
- \_ Almacenamiento de comida en diversos lugares de la casa.
- \_ Ingestión de comidas de otros, sin preocupación aparente y negando la evidencia.
- \_ Ingestión de grandes cantidades de agua, café, leche y bebidas de cola "light".
- \_ Consumo intensivo de chicles sin azúcar.
- \_ Consumo indiscriminado de tabaco para disminuir la ansiedad de comer.
- \_ Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados en la basura o de los destinados a animales de compañía.
- \_ Rechazo de comidas sociales.

### 2. *Conductas destinadas a compensar atracones y perder peso.*

- \_ Vómitos autoprovocados.
- \_ Rechazo a tragar comida escupiéndola.
- \_ Uso masivo de diuréticos, anorexígenos, laxantes y a veces enemas.
- \_ Aumento del ejercicio físico para gastar más energía.

### 3. *Estudios y trabajo*

- \_ Aumento aparente de las horas de actividades útiles y de estudio.
- \_ Disminución del rendimiento escolar y laboral.
- \_ Absentismo escolar o laboral.

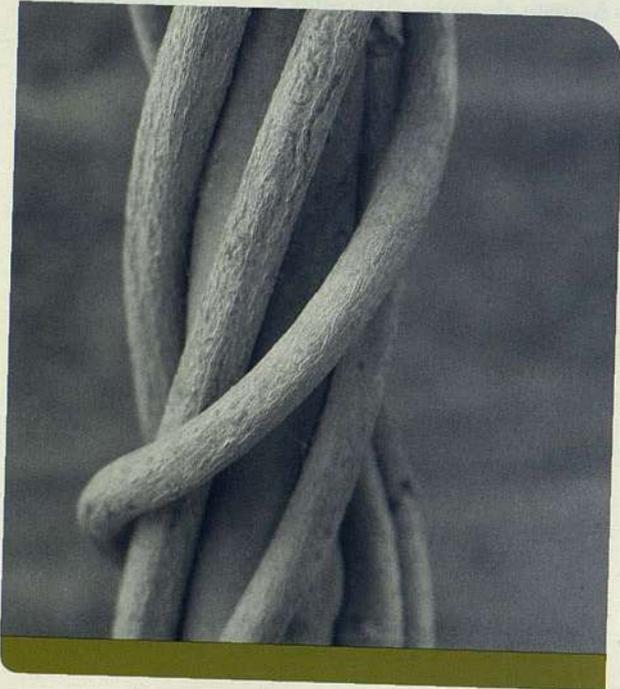
### 3. *Disminución de las horas de sueño y dificultad para levantarse.*

### 4. *Vida familiar.*

- \_ Irritabilidad y cambios bruscos de humor.
- \_ Rechazo a compartir la vida familiar, saliendo de casa sin respetar norma alguna.
- \_ Desorden de su habitación, ropa e higiene.
- \_ Mentira evitativa y también innecesaria.
- \_ Robo de comida, dinero y objetos inútiles (cleptomanía).

### 5. *Vida social.*

- \_ Intensa e indiscriminada vida social, con intervalos de aislamiento.



- \_ Vida sentimental intensa, inestable o ausente.
- \_ Actividad sexual que oscila entre nula y promiscuidad.
- \_ Sucesivos cambios y problemas con las amistades.

#### 6. Consumo de sustancias tóxicas.

- \_ Consumo de alcohol, en ocasiones, sin medida.
- \_ Consumo de otras drogas en situaciones sociales.

#### 7. Síntomas cognitivos.

- \_ Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo.
- \_ Trastorno grave de la imagen corporal.
- \_ Negación total o parcial de la enfermedad.
- \_ Persistente sensación de apetito voraz (ansiedad por la comida).
- \_ Sueños sobre atracones.
- \_ Dificultad de concentración y aprendizaje.
- \_ Razonamiento empobrecido por su elección de todo o nada.
- \_ Temor al descontrol y a dejarse llevar por los impulsos.
- \_ Sensación de ansiedad difusa y envolvente.
- \_ Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autolítico.
- \_ Sensación constante de culpa y facilidad para inculpar a otros.
- \_ Baja autoestima personal, física, y a veces moral.
- \_ Persistente sensación de vacío, inutilidad y alejamiento.
- \_ Fijación de metas por encima de su capacidad intelectual.
- \_ Dificultad para captar las claves de la interacción personal.
- \_ Confusión de sensaciones, emociones y sentimientos.
- \_ Oscilaciones rápidas del humor y del estado de ánimo.
- \_ Intensa lucha interna entre aspectos positivos y negativos de la personalidad.

#### 8. Síntomas fisiológicos.

- \_ Alteraciones electrolíticas que aconsejan ingreso hospitalario y comprometen gravemente la salud.
- \_ Diarreas.
- \_ Pérdida de esmalte dental, debido al ácido de los vómitos.
- \_ Aumento de las glándulas salivares.
- \_ Callos o cicatrices en el dorso de la mano.
- \_ Irregularidades menstruales.
- \_ Dependencia de laxantes.

#### La obesidad.

#### El temido fantasma del rechazo social.

Es curioso, como al lado de toda esta obsesión por el cuerpo perfecto, aumenta constantemente el número de jóvenes obesos. Se habla del sobrepeso como una

enfermedad de nuestra época y son muchos los mensajes que alertan de sus riesgos.

Esta incidencia aumenta en todos los grupos de edad. La obesidad infantil pasa a poner en cuestión los hábitos alimentarios que se implantan desde la infancia y su incidencia en temas tan importantes como la diabetes y el aumento de las tasas de colesterol.

Se estima que el 20 % de la población general está afectada de sobrepeso en sus distintos grados.

Parece que es otro  
"producto" que importamos  
de los Estados Unidos,  
donde ha sido mucho más  
frecuente este problema.

Siendo ya un problema de salud pública, aquí nos vamos a centrar en la situación psicológica de ese chico o esa chica que representa en su cuerpo la imagen más temida: ser gordo/a.

Decía una chica anoréxica: "*Cuando hay más delgados felices que gordos felices, por algo será*". Pensemos en esa chica que no encuentra su talla en las tiendas de ropa de los jóvenes, que no se atreve a ponerse en bañador o que busca mil estrategias en los vestuarios del gimnasio del colegio para que sus compañeras no vean su cuerpo, que se aísla o la aíslan de su grupo, que nunca "liga" cuando sale, que en su misma familia le están diciendo "*no comas más*", que en pleno verano se pone un jersey atado alrededor del pantalón. "*Dejé de comer porque mi novio me dijo que estaba gorda*" me contaba llorando.

También aparecen, de forma lamentable, en los programas de televisión que dan un terrible escenario a los problemas de la gente "la que se enorgullece de ser gorda" y oculta o convierte su angustia luciendo sus Kilos. Este es un mecanismo de defensa hace años descrito por Freud: la conversión en lo contrario. Me deja siempre esto con un mal sabor de boca, aunque no es el sitio de extenderse en la descripción de la nula ética y el gran perjuicio de estos programas. Creo que su orgullo de ser gorda no es cierto, que elegiría, si pudiera, tener un peso normal.

Se describe ya la adicción a la comida, a los hidratos de carbono, se habla con más o menos humor de la "bulimia del chocolate".

En el fondo hay algo muy serio que ya aparece como enfermedad:

## El Trastorno por sobreingesta compulsiva

Consiste en "el ansia por ingerir alimentos. En la atracción irresistible, con la sensación de no poder parar, que si se frustra genera ansiedad e irritabilidad" (Alonso-Fernández,1996).

El curso de los atracones es parecido al que se da en la bulimia:

- \_ Hambre voraz.
- \_ Ingesta sin control de gran cantidad de alimentos de alto valor calórico.
- \_ En solitario y a escondidas.
- \_ En un tiempo entre 20 y 60 minutos.
- \_ Desagradable sensación de plenitud.
- \_ Consumo de calorías entre 1.500 y 5.000.

No nos estamos refiriendo a la persona que le gusta comer y que puede sobrarle peso, porque come mucho. En estos casos hay placer en la comida, no se pierde el control, se saborean los alimentos, se preparan con cuidado, etc..

A diferencia de la bulimia aquí no aparecen vómitos, ni laxantes o diuréticos, ni se distorsiona la percepción de la imagen corporal.

**Este trastorno suele empezar en la adolescencia o principio de la tercera década de la vida. Se da sobretodo en mujeres, amas de casa o adolescentes.**

Tiende a la cronicidad. Entre las personas con sobrepeso se puede dar esa adicción en un porcentaje que oscila entre el 15 % y el 30 %.

En cuanto a las posibles causas aparece impulsividad, déficit de autocontrol, hábitos alimentarios inadecuados desde la infancia, perfeccionismo y baja autoestima.

Se suele precipitar por fracasos afectivos, ánimo deprimido, soledad, aburrimiento, estrés, dietas restrictivas que desencadenan deseos irrefrenables de comer o ideas sobrevaloradas de lo que significa adelgazar.

## Las conductas adictivas. De la falta de voluntad a la falta de libertad.

Siguiendo a E. Echeburúa (1999), vemos que las conductas que potencialmente pueden pasar a ser adictivas son aquellas cuyo ejercicio empieza siendo un placer y luego se terminan ejecutando para evitar un displacer.

### Características de la conducta adictiva.

Se va dando la siguiente secuencia:

1. La conducta es placentera para la persona.
2. Aumentan los pensamientos que se refieren a ella.
3. Se va haciendo cada vez más frecuente.
4. La persona trata de negarse a sí misma la atracción que tiene para ella esa conducta.
5. Se experimenta un fuerte deseo de llevar a cabo esa conducta, con grandes expectativas de lo gratificante que será y del alivio del malestar que se experimentará.
6. La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes.
7. A medida que los problemas aumentan, el adicto se va haciendo consciente de su problema y empieza

a hacer intentos de controlar la conducta por sí mismo

8. La conducta se mantiene sólo para paliar efectos negativos, ya que no comporta ningún tipo de placer. El alivio que se obtiene es cada vez menor y su efecto dura menos tiempo.

9. El adicto tiene cada vez menos resistencia a la frustración y puede lidiar menos con las emociones negativas. Esta falta de estrategias le hace que la única salida ante el estrés sea la conducta adictiva.

10. La conducta adictiva se agrava y suele haber una crisis externa fuerte, que es lo que lleva al paciente o a su familia a solicitar tratamiento.

#### Rasgos personales de vulnerabilidad a las adicciones.

1. *Impulsividad.*
2. *Disforia:* estado emocional desagradable con frecuentes oscilaciones.
3. *Intolerancia a los estímulos displacenteros:* sean físicos (dolores, insomnio, fatiga, etc) o psíquicos ( fracasos, frustraciones, responsabilidades, etc ).
4. *Búsqueda exagerada de sensaciones.*
5. *Baja autoestima.*
6. *Débil cohesión familiar.*

#### La doble cara de la adicción: con o sin sustancias.

Adicciones por abuso de sustancias.

Se definen, siguiendo a **Jaffe** (1990) en estas tres características:

1. Preocupación constante del sujeto en conseguir una sustancia psicoactiva, que influye notablemente en su estilo de vida.

2. Consumo compulsivo de la sustancia a pesar de las consecuencias adversas del mismo.

3. Patrón de recaída frecuente después de la consecución de la abstinencia o una incapacidad para dejarlo, aunque ello pueda suponer consecuencias muy negativas para la persona.

**Shuckit** (1995) define una droga de abuso "*cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral*".

Se pueden establecer tres estadios en el desarrollo del abuso de sustancias en adolescentes (**MacDonal**,1984):

1.-*Experimentación/cambio del estado de ánimo:* suele coincidir con el segundo ciclo de la ESO (15, 16 años). Es importante destacar la presión del grupo hacia el tabaco o el alcohol, en un periodo donde la palabra clave es socialización. La droga da placer y se puede volver fácilmente al estado normal.

2. *Consumo regular/búsqueda del cambio en el estado de ánimo:* el consumo es más regular y el organismo va desarrollando tolerancia. Se asciende en la graduación de las bebidas alcohólicas. Se prueban otro tipo de drogas, como las de síntesis. Empieza el absentismo escolar y el reunirse en grupos de consumidores, se pierden intereses en otras actividades.

3. *Consumo diario/preocupación con el cambio de estado de ánimo:* la droga es ya el eje de la vida del joven. Todas sus actividades giran en torno a la sustancia.

BancSabadell



Se aleja de la familia y de la vida social.

4.-*Dependencia/ consumir para sentirse normal:* ya necesita esa sustancia para estar bien. Ha perdido el control sobre su vida. Sus esfuerzos van destinados a evitar la abstinencia.

El consumo de sustancias en la adolescencias se centra fundamentalmente en alcohol y tabaco, seguido a cierta distancia del hachís. Vemos cómo en el grupo de edad de los 14 a los 18 años el consumo de cannabis es muy elevado (Plan Nacional sobre Drogas,1997). Consumen más los chicos que las chicas llegando el número a casi el doble, excepto en el consumo de tabaco.

Llegamos así a la conclusión de que el principal problema de drogodependencia en la adolescencia es el alcohol. Se calcula que en España el 7,6 % de la población es consumidor excesivo de Alcohol, siendo el 4,6 % dependientes. En un estudio de Becoña (1999) sobre el consumo de drogas se llega a concluir que existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de heroína.

Actualmente, merece especial mención el consumo creciente de las llamadas "drogas de diseño", que ya están arrojando sus devastadores efectos sobre los adolescentes. *"El éxtasis es la ruta directa hacia las drogas duras. Éramos una pandilla de 13 compañeros, más bien sanos. Comenzamos con píldoras de éxtasis y acabamos todos drogadictos. Ocho se han sometido a una cura de desintoxicación, tres están en la cárcel y dos han muerto"*.

Según la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, entre los adolescentes de 15 y 16 años, se ha duplicado en sólo un año el consumo de éxtasis. Un 5 % de los jóvenes reconoce haberlo tomado en alguna ocasión. este porcentaje sube al 14 % entre los 16 y los 26 años. El marco lo configuran las llamadas fiestas "techno", "rave" o "ruta del bakalao", donde se producen grandes concentraciones de jóvenes. *"En una fiesta rave he visto a un tío atiborrarse de éxtasis y luego durante horas repetir: soy una naranja, no me peléis, soy una naranja, no me peléis. Otro creía ser una mosca y no paraba de golpearse la cabeza contra la pared"*, esto nos cuenta un chico toxicómano.

Los efectos que provoca son de máxima gravedad: ataques de pánico, alucinaciones, colapsos cardiovasculares, síntomas de esquizofrenia, bajadas de presión

arterial, coma, insomnio, infarto cerebral, hepatitis crónica, convulsiones, insuficiencia renal aguda, hipertensión, hemorragias e incluso la muerte.

El éxtasis parece ofrecer la magia de poder vivir "a tope" esa noche, pletórico/a de energía y de placer. Sin embargo, los mismos consumidores en un 55 %, relatan haber tenido "malas experiencias" como pérdida de control (55%), angustia y miedo (50%), fatiga y mal humor (49%), depresión y tristeza (45%), problemas con el entorno (36%), alucinaciones desagradables (33%), desmayos (24%). Los expertos nos alertan de la cantidad de productos tóxicos que van mezclados en el éxtasis, con efectos en el hígado, ataques al corazón, lesiones cerebrales, etc. Esto ocurre aún en pequeñas dosis de sustancias. Incluso se habla de que pueden llegar a cambiar a estructura de los genes.

En definitiva, lo que vemos es que el joven que lo consume lleva a su organismo hasta extremos muy por encima de su resistencia, no percibiendo las señales de alarma. Dejamos que sea una chica toxicómana la que nos de un último mensaje sobre estas peligrosas sustancias: *"El éxtasis me volvía loca. Un día mordí un vaso, como si de una manzana se tratara. Tuve que tener la boca llena de cristales para entender lo que me estaba pasando. Otra vez estuve rompiendo trapos con los dientes durante una hora"*.

Para terminar, citamos una serie de señales o signos indirectos de que un joven puede estar consumiendo drogas:

1. Pérdida de apetito.
2. Adelgazamiento exagerado.
3. Ojos enrojecidos con pupilas muy dilatadas, o por el contrario, puntiformes.
4. Irritación nasal.
5. Escasa higiene personal y despreocupación por su apariencia.
6. Somnolencia.
7. Disminución de su rendimiento escolar, faltas al colegio.
8. Cambios de amistades.
9. Cambios en su manera de vestir y de hablar.

10. Rebeldía, agresividad, irritabilidad y violencia.
11. Indiferencia y pasotismo por las normas de casa y del colegio.
12. Tendencia al aislamiento.
13. Necesidad insaciable de dinero. Pequeños robos en casa.
14. Quemaduras o restos de sangre en sus camisas o restos de hierba en los bolsillos.

#### Adicciones sin sustancias.

Nos referimos a esas conductas, que tienen todas las características de las adictivas y que no están basadas en el consumo de sustancias tóxicas, sino que a lo que la persona se engancha es a un modo de comportamiento que le libera de la angustia y le proporciona una falsa sensación de placer y de tranquilidad. Tal vez sea aquí más claro que en otros casos el poder de la influencia cultural en los trastornos psicológicos. Cada cultura marca el modo de enfermar y de sanar y estas son las "oportunidades" que nos ofrece nuestro entorno social para depositar la angustia y la insatisfacción.

En términos generales estos trastornos, siguiendo a E. Echeburúa(1999) consisten en :la adicción al juego, al sexo, a la comida, a las compras, al trabajo y a Internet.

Comentamos brevemente las que pueden tener más impacto para los adolescentes.

##### 1. La adicción al juego:

No es una de las adicciones más frecuentes en la adolescencia, teniendo en cuenta la necesidad de disponer de grandes cantidades de dinero. Si puede aparecer como conducta asociada a otros trastornos relacionados con la ansiedad, como en el caso del chico citado anteriormente, que como parte de su descontrol se veía acudiendo a las máquinas tragaperras. La mayor proporción de afectados se da entre los 18 y los 30 años, pero no suelen pedir ayuda hasta que llevan muchos años padeciendo este problema, más o menos hacia los 40.

##### 2. La adicción al sexo.

Sobre este aspecto se puede decir que son los niños y los adolescentes las víctimas de la adicción sexual

de los adultos. Esta consiste en usar el sexo como remedio para combatir la ansiedad y la actividad sexual se convierte en algo morboso y obsesivo. El sexo pasa de ser una relación entre personas a un impulso descontrolado, poco satisfactorio y altamente perjudicial.

El 4,2 % de los niños maltratados lo son por abuso sexual, siendo niñas el 78,8 % de las víctimas. Es muy frecuente encontrar, en la práctica clínica con adultos, historias de abuso sexual en la infancia, con sus devastadoras consecuencias para el desarrollo de la personalidad. En un estudio de López, Hernández y Carpintero (1995) se informa que el 15 % de hombres y el 23 % de mujeres han sufrido algún tipo de actividad sexual no deseada en su infancia.

El contacto sexual entre un adolescente y un niño más pequeño también se puede considerar abusivo, cuando la diferencia sea de 5 años o más.

##### 4. La adicción a las compras.

Es un impulso incontrolable para adquirir objetos inútiles y superfluos. la gratificación deriva del propio proceso de comprar. Como en el caso del juego, no es significativa su incidencia en la adolescencia, pero si sabe que empieza alrededor de los 18 años. Sabemos de los hábitos consumistas de los adolescentes y la importancia que para ellos tiene el adquirir una serie de objetos, sea ropa, música, etc. que les identifiquen con su grupo de pertenencia.

El ir de compras, sobretodo para las chicas ( esta adicción se da en una proporción de 4 mujeres por cada hombre), es un acto social, un motivo para reunirse o pasar el tiempo. Vemos, en las tiendas de ropa de jóvenes a chicas que pasan la tarde probándose cosas, que en la mayoría de los casos tal vez no puedan comprar.

En cualquier caso, es difícil hablar de adicción a las compras en estas edades. No obstante, creo interesante señalar, que la conducta de comprar, de cómo invertir el dinero o de cómo seleccionar lo que realmente se necesita, es algo, que como todo, se aprende en la familia y aquellas adolescentes que observen estos tipos de comportamientos, es probable que tiendan a reproducirlos.

En muchas familias el comprar consume parte importante del tiempo y de la energía disponible. hace poco escuchaba yo de la madre de dos chicas adolescentes: "*Llevo dos meses intentando comprarles*

lo que necesitan para el verano". También por aquí viene muchos puntos de fricción con los jóvenes

#### 6. La adicción a Internet y a los teléfonos móviles

Se le podría llamar "la falsa sensación de estar permanentemente comunicado". Es curioso cuando los problemas de incomunicación y de soledad son más frecuentes que nunca. Ya se están viendo los primeros casos claros de adicción a Internet y sobre todo al chat.

La chica que en el mes de abril declara haber perdido el curso por estar conectada al chat más de 8 horas al día, "conociendo a gente que tiene problemas y necesita ayuda". Esto la lleva a estar permanentemente angustiada e incluso a viajar a la ciudad de origen de un compañero que le pide ayuda.

## En un reciente reportaje de televisión se nos puso de manifiesto el contacto de páginas eróticas de adolescentes con adultos adictos al sexo.

La red permite, siguiendo a Echeburúa (1999), satisfacer dos tipos de necesidades básicas:

- \_ La estimulación solitaria.
- \_ La interacción social.

Conectarse supone un alivio al salir de los problemas habituales y ello viene acompañado de alteraciones en el humor, ansiedad e impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca o a quien se busca, estado de conciencia alterado que supone una focalización total de la atención, irritabilidad en caso de interrupción e incapacidad para salirse de la pantalla incluso para cosas urgentes o necesarias.

Como en toda adicción existe una vulnerabilidad psicológica, un fondo de angustia que encuentra su camino de salida en ese comportamiento. Aquí podemos encontrar:

#### 1. Déficits de personalidad:

- \_ Introversión acusada.
- \_ Baja autoestima.
- \_ Nivel alto de búsqueda de sensaciones.

#### 2. Déficits en las relaciones interpersonales:

- \_ Timidez.
- \_ Fobia social

#### 3. Déficits cognitivos:

- \_ Fantasía descontrolada.
- \_ Atención dispersa y tendencia a la distraibilidad.

#### 4. Alteraciones psicopatológicas:

- \_ Adicciones químicas o psicológicas presentes o pasadas.
- \_ Depresión.

Young (1996) describe el Trastorno de adicción a Internet en los siguientes términos:

#### 1. Tolerancia:

- \_ Necesidad de invertir una cantidad mayor de tiempo en la red para alcanzar el mismo grado de satisfacción.
- \_ Satisfacción cada vez menor con el uso continuo de la misma cantidad de tiempo en Internet.

#### 2. Síndrome de abstinencia. Dos o más de los siguientes síntomas:

- \_ Agitación psicomotriz.
- \_ Ansiedad.
- \_ Pensamientos obsesivos sobre lo que está pasando en Internet.
- \_ Fantasías o sueños en relación a la red.
- \_ Movimientos de dedos voluntarios o involuntarios relacionados con el teclado.
- \_ Uso de Internet para aliviar estos síntomas.

#### 3. El acceso es más frecuente o durante periodos más largos de lo que se tenía pensado.

#### 4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de poner fin o limitar el uso de Internet.

#### 5. Inversión de mucho tiempo en actividades relacionadas con el uso de Internet: comprar libros, hacer ensayos, etc.

#### 6. Abandono de otras actividades por culpa de Internet.

7. *Persistencia en el uso de Internet a pesar de los problemas físicos, sociales, profesionales o psicológicos que son causados o agravados por este comportamiento.*

Respecto a los teléfonos móviles creo que se pueden decir cosas parecidas. Ahora nos parece inimaginable la imagen de un adolescente que no lleve adherido permanentemente su teléfono. Como dato curioso decir que ya hay investigaciones que muestran el cambio anatómico en le dedo pulgar por efecto de la ejercitación con las teclas. Los chicos y chicas manejan gran información sobre las distintas compañías, modelos, precios, etc. Pasa a ser un claro distintivo de su cultura. Cualquiera que viva con un adolescente nos hablará de las señales que utilizan, como dar "toques" para decirse algo sin descolgar el teléfono y no alterar la mágica cifra del saldo, que van manejando con precisión milimétrica.

Ya he escuchado como en las familias, se empieza

a usar como castigo por malas notas o por llegar tarde, el privarles del móvil, uno de sus objetos más preciados. ¿Qué va a hacer toda la semana sin leer los mensajes, sin dar "toques", sin creer que está en la permanente compañía de sus amigos?. La pregunta siguiente es si por ese medio va a estudiar más o va a volver antes a casa. Eso es lo que habría que ver. También, dentro de este máximo poder reforzante del teléfono se usa como premio: "si sacas buenas notas cambias de móvil...te prometo el último modelo". Como vemos el poder que todos le damos a dicho objeto es bastante grande. Es una buena moneda de cambio.

#### Pensando en las soluciones. ¿Qué hacer con todo esto?

Como siempre ocurre, ante la confusión y el desconcierto se corre el riesgo de irse a los extremos: o el hacerle muy enfermo o el pensar que son tonterías

*Villa-Reyes, S.A.*

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15  
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90  
08022 BARCELONA

de chicos que no hay que hacer ningún caso. Vamos a analizar brevemente las dos opciones:

Sentir que está muy enfermo/a

Y, por desgracia, a veces lo está, pero no siempre o con la gravedad que se piensa.

Es cuando surge toda la alarma, la culpabilidad, las múltiples preguntas de los padres, profesores, etc. Ante esto, ya hemos comentado más arriba, que la solución es poner el problema en manos de los técnicos que lo puedan solucionar. Considerar algo como "enfermedad" o, mejor, poner a una persona el cartel de "enferma" supone el darle el rol que en nuestra cultura está asignado a esta situación: cuidados, pasividad, dependencia, regresión, aislamiento, trato diferenciado, sobreprotección, etc. Es tratar el síntoma, como el virus al que hay que atacar para que deje a ese organismo en paz.

Siento, por mi experiencia, este abordaje, salvo excepciones, no suele ser lo más adecuado. La chica que deja el curso en Marzo porque ha tenido una crisis de ansiedad y le han dicho que lo mejor es que descanse, se recupere, no se preocupe de nada...y cómo además va a bajar las notas y eso no le interesa para entrar en la Universidad...pues ahí la tenemos sin hacer nada, o a lo sumo ir al gimnasio o aprender algo de inglés o informática "*que siempre viene bien*". Ahí la tenemos al cuidado de su madre que ya ha cogido el suficiente miedo a la ansiedad de su hija como para pedirle el más mínimo esfuerzo.

Sentir que son tonterías y que se dejen de cuentos.

Recuerdo el caso de la chica bulímica, que vivía sola, vomitando varias veces al día, que llegó a hacer dos intentos de suicidio, bebiendo bastante alcohol y con una conducta sexual de clarísimo riesgo. Su padre dijo muy claro "*que se dejase de bobadas y que se dedicase a estudiar y a estar normal*". Muy grande tiene que ser la angustia para tener que negarla así.

No en términos tan dramáticos, si observamos con frecuencia la siguiente paradoja: les hacemos débiles y luego nos quejamos de que "no aguantan". "*Me acuerdo de cómo saqué yo mi carrera, eso si que era estudiar...viviendo en una pensión...*" a este padre le diríamos, aparte de felicitarle por su esfuerzo y su carrera "*Y a él que le has enseñado, que le has exigido, cómo le has animado a esforzarse...en definitiva, de donde le van a salir las fuerzas para luchar?*"

Si es verdad que tienen mucho cuento; ¿quién les ha contado ese cuento?

Pues ahí quedaría la reflexión para que cada uno pensemos no solo en nuestros pacientes o alumnos, sino en nuestros propios hijos, en lo que hacemos en nuestras casas, en los mensajes que les transmitimos, sabiendo que se aprende y se imita más de lo que se hace que de lo que se dice

En definitiva, pensemos seria y tiernamente en los cuentos que les estamos contando, porque sobre ellos tienen que construir la historia de su vida.

#### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.

BELART, A. y FERRER, M. (1998). "El ciclo de la vida. Una visión sistémica sobre la familia". Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao.

CABALLO, V. y SIMÓN, M. A. (Coods.) (2001). "Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente". Ed. Pirámide. Madrid.

ECHEBURÚA, E. (1999). "¿Adicciones sin drogas?". Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao.

FUENTENEbro, F. VÁZQUEZ, C. (1990). "Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría". Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. Madrid.

MARDOMINGO SANZ, M.J. (1994). "Psiquiatría del niño y del adolescente". Ed. Díaz de Santos. Madrid.

SERNA DE PEDRO, I. DE LA. (1998). "Comer no es un placer". Smithkline Beecham. Madrid.